

Aus der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik  
der Ludwig-Maximilians-Universität München  
Direktor: Prof. Dr. Peter Falkai

**Erstellung, Implementierung und Evaluation eines wissenschaftlich fundierten verhaltenstherapeutischen Therapiemanuals zur Raucherberatung und -entwöhnung bei stationären Patienten mit komorbider Suchterkrankung**

Dissertation  
zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie  
an der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von  
Amelie Ruderer, geb. Berthold

aus  
München

Jahr  
2017

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. Oliver Pogarell

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Markus Backmund  
Prof. Dr. Walter Zieglgänsberger  
Prof. Dr. Winfried Lange

Mitbetreuung durch den  
promovierten Mitarbeiter: Dr. Tobias Rüther

Dekan: Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel

Tag der mündlichen Prüfung: 21. März 2017

## Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen ganz herzlich bedanken, die mich bei dieser Arbeit unterstützt und zu ihrer Realisierung beigetragen haben.

Bei meinem Doktorvater Prof. Dr. Oliver Pogarell bedanke ich mich für die Möglichkeit zur Durchführung dieser Arbeit und die damit verbundenen konstruktiven Diskussionen, Ratschläge und Hilfestellungen.

Ebenfalls danke ich Dr. Tobias Rüther für die Vergabe dieses Themas sowie für die Betreuung, Unterstützung, Begutachtung und kreativen Vorschläge bei der Durchführung und Fertigstellung dieser Arbeit.

Ein herzliches Dankeschön an meine Mitdoktorandinnen Veronika Schuler und Verena Lang für das tolle und kreative Arbeitsklima, die Ausarbeitung und die Durchführung dieser Studie. Ohne deren Mitarbeit hätte diese nicht realisiert werden können.

Bei dem Stationsteam der C4 bedanke ich mich für jegliche Hilfe bei der Umsetzung dieser Untersuchung.

Dr. Christof Kröger und Dr. Sabine Felten vom Institut für Therapieforschung danke ich, dass sie uns das Rauchfrei-Programm *IFT-Kompaktversion* zur Verfügung stellten.

Bei allen meinen Freunden möchte ich mich dafür bedanken, dass sie immer ein offenes Ohr hatten, an mich glaubten und mir Mut zusprachen.

Meinen Eltern danke ich für die fortwährende Unterstützung jeglicher Art, auf die ich während meines gesamten Lebenswegs immer vertrauen konnte.

Abschließend möchte ich mich ganz herzlich bei meinem Mann Christian bedanken, der an mich und die Fertigstellung dieser Arbeit geglaubt hat und mir dabei unentwegt zur Seite stand.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Theoretischer und empirischer Hintergrund .....</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>Abhängigkeitserkrankungen .....</b>	<b>12</b>
2.1.	Definition und Diagnose .....	12
2.1.1.	Klassifikation nach ICD-10 und DSM-IV .....	12
2.1.2.	Spezielle Aspekte bei der Klassifikation der Tabakabhängigkeit: <i>Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND)</i> .....	15
2.2.	Entwicklung und Verlauf von Abhängigkeitserkrankungen.....	17
2.2.1.	Das Drei-Faktoren-Modell und der Spiralprozess .....	17
2.2.2.	Das <i>Stages of Change</i> - Modell.....	19
<b>3</b>	<b>Komorbidität von Tabakabhängigkeit und weiteren Sucht- erkrankungen .....</b>	<b>22</b>
3.1.	Epidemiologie .....	23
3.2.	Erklärungsmodelle für die Komorbidität von Tabakabhängigkeit und weiteren Suchterkrankungen.....	24
3.2.1.	Genetische Erklärungsmodelle .....	25
3.2.2.	Neurobiologische Erklärungsmodelle.....	26
3.2.3.	Psychologische Erklärungsmodelle .....	28
3.3.	Substanzassoziierte Erkrankungen und Komplikationen.....	31
3.4.	Raucherberatung und -entwöhnung bei stationären Patienten mit komorbider Suchterkrankung.....	33
3.4.1.	Aktuelle Studienlage .....	33
3.4.2.	Behandlungskonzepte .....	35
3.4.2.1.	Psychotherapeutische Leitlinien und Interventionen .....	36
3.4.2.2.	Medikamentöse Intervention - Nikotinersatztherapie.....	39
3.4.2.3.	Besondere Aspekte der Raucherberatung und -entwöhnung bei stationä- ren Patienten mit komorbider Suchterkrankung .....	40
3.5.	Zusammenfassung und Zielsetzung .....	41



<b>4</b>	<b>Fragestellungen</b>	<b>43</b>
<b>5</b>	<b>Methodik und Material</b>	<b>46</b>
5.1.	Grundlage und bisherige Erfahrungen	46
5.2.	Erstellung des Rauchfrei-Programms <i>Rethink your Smoking</i>	48
5.3.	Implementierung des Rauchfrei-Programms <i>Rethink your Smoking</i>	53
5.3.1.	Einführung auf der Station C4	53
5.3.2.	Durchführung der Intervention	53
5.3.2.1.	Studiendesign	53
5.3.2.2.	Stichprobe	55
5.3.2.3.	Untersuchungsablauf	56
5.3.2.3.1.	Experimentalgruppe	57
5.3.2.3.2.	Kontrollgruppe	57
5.4.	Evaluation	58
5.4.1.	Patientenfragebögen	59
5.4.2.	Kursleiterfragebögen	61
5.4.3.	Für die vorliegende Arbeit relevante Items	61
5.5.	Art der statistischen Analysen	70
<b>6</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>71</b>
6.1.	Beschreibung der Stichprobe	72
6.2.	Umsetzbarkeit des Rauchfrei-Programms <i>Rethink your Smoking</i>	76
6.3.	Akzeptanz des Rauchfrei-Programms <i>Rethink your Smoking</i>	78
6.4.	Wirksamkeit des Rauchfrei-Programms <i>Rethink your Smoking</i>	88
<b>7</b>	<b>Diskussion</b>	<b>98</b>
7.1.	Übersicht der Ergebnisse	99
7.2.	Diskussion der methodischen Qualität der Studie	102
7.2.1.	Das Rauchfrei-Programm <i>Rethink your Smoking</i>	102
7.2.2.	Stichprobe	102
7.2.3.	Durchführung der Intervention	104
7.2.4.	Messinstrumente	105

7.2.5.	Zusammenfassung der methodischen Qualität der Studie .....	106
7.3	Diskussion der Ergebnisse .....	106
7.3.1.	Umsetzbarkeit des Rauchfrei-Programms <i>Rethink your Smoking</i> .....	106
7.3.2.	Akzeptanz des Rauchfrei-Programms <i>Rethink your Smoking</i> .....	107
7.3.3.	Wirksamkeit des Rauchfrei-Programms <i>Rethink your Smoking</i> .....	110
7.4.	Schlussfolgerung und Ausblick .....	114
<b>8</b>	<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>117</b>
<b>9</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>119</b>
<b>10</b>	<b>Anhang</b> .....	<b>136</b>
10.1.	Manual: Das Rauchfrei-Programm <i>Rethink your Smoking</i> .....	136
10.2.	Zusatzmaterial .....	203
10.2.1.	<i>Fagerström Test for Nicotine Dependence</i> .....	203
10.2.2.	Registrierkarten .....	204
10.2.3.	Dokumentationsbogen der Einzelberatung .....	205
10.2.4.	Therapievorschlag .....	209
10.2.5.	Einzelberatung: Handout für die Patienten .....	210
10.3.	Patienteninformation und Einwilligungserklärung .....	212
10.3.1.	Experimentalgruppe .....	212
10.3.2.	Kontrollgruppe .....	214
10.4.	Fragebögen .....	216
10.4.1.	Prätest: Fragebogen zum Zeitpunkt t0 .....	216
10.4.1.1.	Experimentalgruppe .....	216
10.4.1.2.	Kontrollgruppe .....	221
10.4.2.	Patientenfragebogen zu Kursstunde 1 .....	226
10.4.3.	Patientenfragebogen zu Kursstunde 2 .....	228

10.4.4.	Kursleiterfragebogen zu Kursstunde 1 .....	230
10.4.5.	Kursleiterfragebogen zu Kursstunde 2 .....	232
10.4.6.	Einzelberatung: Patientenfragebogen .....	234
10.4.7.	Einzelberatung: Kursleiterfragebogen .....	236
10.4.8.	Posttest: Fragebogen zum Zeitpunkt t1 .....	238
10.4.8.1.	Experimentalgruppe .....	238
10.4.8.2.	Kontrollgruppe .....	244
10.4.9.	Katamnese-Fragebogen: Fragebogen zum Zeitpunkt t2 und t3 .....	250
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>		<b>257</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>		<b>258</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>		<b>260</b>

#### Anmerkungen:

Um die Lesbarkeit dieser Arbeit zu erleichtern, wurde im Text auf die Verwendung der weiblichen Formen verzichtet, die jeweils unter der männlichen Form subsumiert wurden.

Teilergebnisse der vorliegenden Arbeit wurden in folgendem Aufsatz veröffentlicht:

Rüther, T., Ruderer, A., Wirth, C., Schuler, V., Lang, V., Linhardt, A., Kröger, C.B. & Pogarell, O. (2016). Smoking Cessation for Inpatients with Substance Use Disorder: A Quasi-Randomized Controlled Trial of Feasibility and Efficacy. *European Addiction Research*, 22, 268-276.

## **1 Theoretischer und empirischer Hintergrund**

Weltweit werden täglich Millionen von Zigaretten geraucht (WHO, 2012), deren gesundheitsschädliche Auswirkungen in zahlreichen Längs- und Querschnittsstudien hinreichend belegt wurden (Boyle, 1997; Sasco, Secretan & Straif, 2004). Auf Grund des wissenschaftlich nachgewiesenen, weitreichenden, gesundheitlichen Schadens des Tabakkonsums (Doll, Peto, Boreham & Sutherland, 2004) hat die Raucherberatung und -entwöhnung inzwischen einen hohen Stellenwert in der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung eingenommen.

In Deutschland werden neben Primärinterventionen für Kinder und Jugendliche auch vermehrt Maßnahmen zur Tabakentwöhnung in betrieblichen Settings angeboten (Kröger & Piontek, 2011). Daneben existiert noch eine weitere Zielgruppe, für die Tabakentwöhnungsinterventionen sinnvoll und notwendig sind: Raucher mit einer weiteren Suchterkrankung wie Alkohol und anderen psychotropen Substanzen. Die Raucherprävalenz bei Patienten mit psychischen Erkrankungen ist durchschnittlich höher, als in der Allgemeinbevölkerung (Brown, Lewinsohn, Seeley & Wagner, 1996; Degenhardt & Hall, 2001; Rüther et al., 2014). So besteht beispielsweise bei Patienten mit einer Suchterkrankung bei über 75% zusätzlich eine Tabakabhängigkeit (Bobo, 1992; DiFranza & Guerrera, 1990). Dabei wirken die gesundheitlichen Folgen von Tabak oder anderen Drogen synergistisch und werden auf 50% größer geschätzt als die Summe der Einzelnen (Bien & Burge, 1990). In einer Langzeitstudie mit drogenabhängigen Personen zeigte sich, dass bei zusätzlichem Tabakkonsum die Mortalitätsrate um das vierfache erhöht war (Hser, McCarthy & Anglin, 1994). Somit stellt das Rauchen einen der bedeutenden Risikofaktor bei mehreren Krebs- sowie kardiovaskuläre Erkrankungen dar, welcher z. B. durch einen Alkoholabusus zusätzlich verstärkt wird (Benowitz, 2003; Sasco et al., 2004). Aufgrund dessen ist Rauchen, nicht Alkohol die führende Todesursache für Patienten, die eine Entzugsbehandlung durchgeführt haben, und ist für mehr als 50% aller Todesfälle dieser Patientengruppe verantwortlich (Hurt et al., 1996; Hurt & Patten, 2003; John, G., Louis, Berner & Genné, 2015).

In Deutschland wurde im klinisch-psychiatrischen Setting der Tabakentwöhnung in der Entgiftungsphase lange wenig Bedeutung beigemessen und war mit Vorbehalten behaftet. Die Erfolgsaussichten wurden als gering eingeschätzt und auch die Notwendigkeit einer Raucherentwöhnung wurde als nachrangig bewertet. Unter anderem bestand die Befürchtung, dass der Therapieerfolg der Alkohol- oder Drogenbehandlung geschmälert werden könnte (Bobo, 1989; Burling, Marshall & Seidner, 1991). Belegt ist, dass alkoholabhängige Patienten eine stärkere Tabakabhängigkeit aufweisen (Hertling et al., 2005; Horn et al., 2000; Hughes, Rose & Callas, 2000; John, U., Meyer, Rumpf & Hapke, 2003; Marks, Hill, Pomerleau, Mudd & Blow, 1997) und beim Rauchstopp mit größeren Schwierigkeiten konfrontiert sind (DiFranza & Guerrera, 1990; Novy, Hughes & Callas, 2001). Auch Patienten mit einer Opiat-, Cannabis- oder Kokainabhängigkeit zeigen eine stark erhöhte Raucherprävalenz (Budney, Higgins, Hughes & Bickel, 1993; Degenhardt & Hall, 2001; Rabin et al., 2016; Shoptaw, Jarvik, Ling & Rawson, 1996). Im Rahmen anderer Studien konnte festgestellt werden, dass der gleichzeitige, qualifizierte Entzug von Alkohol, illegalen Drogen und Nikotin die Wahrscheinlichkeit für eine verlängerte Abstinenzphase der Suchterkrankungen erhöht (Burling et al., 1991; Joseph, Nichol & Anderson, 1993). Prochaska et al. (2004) zeigten, dass Patienten, die parallel von Alkohol und Tabak entzogen wurden, eine höhere Abstinenzwahrscheinlichkeit für Alkohol und andere Drogen aufwiesen, als jene Teilnehmer, die ausschließlich eine Tabakentwöhnung erhielten. Aus pharmakologischer Sicht interagieren sowohl Ethanol als auch Nikotin mit dem dopaminergen *reward-system* (Rose et al., 2004). Der belohnende Effekt von Alkohol wird durch das Nikotin verstärkt und umgekehrt (Cooney, J.L., Cooney, Pilkey, Kranzler & Oncken, 2003; Gulliver, S.B. et al., 2000; Rohsenow et al., 1997). Auch in der Verhaltenspsychologie finden sich Erklärungsansätze für die höhere Abstinenzrate bei gleichzeitiger Entwöhnung. Kröger und Lohmann (2007) führen folgende Argumente an: Das Nikotin verstärkt den Konsum einer anderen Droge und umgekehrt. Unter weiterer, regelmäßiger Einnahme fördert dies die Aufrechterhaltung des parallelen Konsums und bewirkt eine Toleranzsteigerung der jeweils anderen Droge. Dieses vermehrte Konsumverhalten wird benötigt, um weiterhin eine gleiche Wirkung zu erreichen (*cross tolerance*). Das gekoppelte Auftreten von Alkohol und anderen Drogen zusammen mit Nikotin kann durch Konditionierung erklärt wer-

den. Dabei fungiert die Droge als konditionierter Stimulus für das Anzünden einer Zigarette. Das Rauchen wiederum dient als Stimulus für erneuten Drogenkonsum.

Aufgrund dieser Datenlage erscheint der gleichzeitige, qualifizierte Entzug von Alkohol, illegalen Drogen und Nikotin als sinnvoll. Für die Durchführbarkeit sprechen Erfahrungen aus Mitte der achtziger Jahre, bei denen entsprechende Konzepte ohne große Widerstände seitens der Patienten durchgesetzt werden konnten, wenn zugleich eine Nikotinersatztherapie angeboten wurde (Resnick & Bosworth, 1989). Viele Drogenabhängige äußern sogar Interesse an einer Raucherentwöhnung, obwohl ihnen die Vorstellung, auf die Zigarette zu verzichten, nicht leicht erscheint (Sees & Clark, 1993). In den aktuellen, klinischen Guidelines für Raucherentwöhnung nach Fiore und Kollegen (2008) wird empfohlen, Patienten mit Suchterkrankungen vom Tabak, unter Gabe von Nikotinersatzpräparaten, zu entwöhnen. Auch die American Psychiatric Association unterstützt in ihren Richtlinien von 2006 die Forderung nach rauchfreien Stationen in psychiatrischen Kliniken (American Psychiatric Association, 2006; Sohal, Huddleston & Ratschen, 2016).

Ausgehend von diesen Überlegungen bildet die Grundlage dieser Arbeit, die Erstellung, Implementierung und Evaluation eines wissenschaftlich fundierten verhaltenstherapeutischen Therapiemanuals zur Raucherberatung und -entwöhnung bei stationären Patienten mit komorbider Suchterkrankung.

## 2 Abhängigkeitserkrankungen

### 2.1. Definition und Diagnose

Nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO) handelt es sich bei einer *Abhängigkeit* um einen psychischen, zum Teil auch physischen Zustand, der durch die wiederholte Einnahme einer bestimmten Substanz hervorgerufen wird. Dabei kommt es zu Veränderungen des Verhaltens und der Reaktionslage des betreffenden Individuums. Das Kernphänomen bildet die psychische Abhängigkeit. Es handelt sich dabei um ein unwiderstehliches Verlangen (engl.: *craving*) nach einer bestimmten Substanz. Die körperliche Abhängigkeit erscheint in Form von Entzugssymptomen wie Unruhe, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Angstzustände, Schweißausbrüche, etc. beim Ausbleiben der Substanz. Trotz seelischer, körperlicher oder sozialer negativer Konsequenzen, konsumiert die Person ständig oder periodisch die Droge, um ihre psychische Wirkung zu erleben oder um unerträgliche Entzugsbeschwerden oder Unlustgefühle zu verhindern. In der Folge kommt es in den meisten Fällen zu einer Toleranzentwicklung. Dabei kann die Person von mehr als einer Droge abhängig sein. Abhängigkeit wird als psychische Störung klassifiziert (Möller, Laux & Deister, 2009; Schreiber, 2003).

#### 2.1.1. Klassifikation nach ICD-10 und DSM-IV

In der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme - ICD-10 - (Dilling, Mombour & Schmidt, 2011) finden sich die diagnostischen Kriterien dieser Störung im Kapitel F1 „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“. Sie wird als *Abhängigkeitssyndrom* bezeichnet und durch die Benennung der abhängigkeitsverursachenden Substanzklasse spezifiziert (F1x.2). Im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (zum Zeitpunkt der Studie DSM-IV) wird die Erkrankung als *Substanzabhängigkeit* bezeichnet (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 1998). Die Kriterien beider Diagnosesysteme weisen nur geringfügige Unterschiede auf und sind für alle abhängigkeitserzeugenden Sub-



stanzen gültig. Die einzelnen Kriterien der Klassifikationssysteme sind in Tabelle 1 angeführt.

In der vorliegende Arbeit wird, gemäß des europäischen Standards, nach der ICD-10 diagnostiziert.

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien für die Abhängigkeitserkrankungen gemäß ICD-10 (Dilling et al., 2011) und DSM-IV (Saß et al., 1998)

<b>ICD-10 - <i>Abhängigkeitssyndrom</i> (F1x.2)</b>	<b>DSM-IV - <i>Substanzabhängigkeit</i></b>
Drei oder mehr der folgenden Kriterien sollten mindestens einen Monat lang oder innerhalb von zwölf Monaten wiederholt bestanden haben:	Drei oder mehr der folgenden Kriterien müssen zu irgendeiner Zeit über die Dauer von zwölf Monaten aufgetreten sein:
1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren	1. Toleranzentwicklung: a) Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder den erwünschten Effekt herbeizuführen oder b) Deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis
2. Verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums	2. Entzug: a) charakteristisches Entzugssyndrom der jeweiligen Substanz oder b) dieselbe (oder ähnliche) Substanz wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden
3. Ein körperliches Entzugssyndrom beim Absetzen oder der Reduktion der Substanz oder der Gebrauch derselben oder ähnlichen Substanz mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern	3. Die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt konsumiert
4. Toleranzentwicklung: Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen zu erzielen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich	4. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer wichtiger Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums sowie mehr Zeitaufwand für die Beschaffung, den Konsum und die Erholung von den Folgen	5. Es wird viel Zeit darauf verwendet, die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von ihren Wirkungen zu erholen
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, deren sich der Konsument bewusst ist	6. Wichtige berufliche, soziale oder Freizeitaktivitäten werden wegen des Substanzkonsums aufgegeben und eingeschränkt
	7. Fortgesetzter Substanzkonsum trotz der Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch die Substanz verursacht oder verstärkt wurde

### 2.1.2. Spezielle Aspekte bei der Klassifikation der Tabakabhängigkeit: *Fagerström Test for Nicotine Dependence* (FTND)

Für die Diagnose einer Abhängigkeit von Tabak kann sowohl die ICD-10 (Dilling et al., 2011) als auch das DSM-IV (Saß et al., 1998) herangezogen werden. In der ICD-10 wird die Erkrankung als *Tabakabhängigkeit* bezeichnet. Begründet wird diese Benennung durch die Annahme, dass eine Abhängigkeit von Nikotin ohne den Konsum von Tabak nicht vorhanden wäre. Darüber hinaus sei nicht vollständig geklärt, ob Nikotin die einzige, abhängig machende Substanz im Tabak darstellt. Das DSM-IV hingegen spricht von *Nikotinabhängigkeit*, mit dem Argument, dass das Nikotin die Abhängigkeit hervorrufende Substanz ist.

Sowohl bei der ICD-10 als auch dem DSM-IV handelt es sich um deskriptive und kategoriale Klassifikationssysteme. Im Bezug auf die Diagnose einer *Tabak- bzw. Nikotinabhängigkeit* unterscheiden sie lediglich zwischen abhängigen und nicht abhängigen Rauchern, was sich für den klinischen Alltag als wenig aussagekräftig und praktikabel erweist. Aufgrund dessen hat sich zur Bestimmung des Schweregrades der Tabakabhängigkeit international der *Fagerström Test for Nicotine Dependence* (Heatherton, Kozlowski, Frecker & Fagerström, 1991) als Messinstrument bewährt und durchgesetzt. Dieser ermöglicht eine differenziertere Beschreibung, in dem er die Abhängigkeit als eine dimensionale Größe misst und die Schwere der körperlichen Abhängigkeit auf einem Kontinuum darstellt (Batra, 2000a). Der Fragebogen beinhaltet sechs Fragen anhand dem die Patienten ihr Rauchverhalten einschätzen sollen (siehe Tabelle 2). Die in der vorliegende Studie verwendete deutsche Version stammt von Schumann und Kollegen (2002) und wurde für das klinische Setting hinsichtlich Formulierung und Kategorisierung leicht modifiziert.

Sowohl in englisch- als auch deutschsprachigen Studien wurde eine zufriedenstellende Reliabilität sowie Validität für den FTND nachgewiesen (Batra, 2000a; Heatherton et al., 1991; Schumann et al., 2002). Insbesondere die Frage nach dem Zeitpunkt des Konsums der ersten Zigarette am Morgen und der Menge der täglich gerauchten Zigaretten gelten als stabilste Prädiktoren der körperlichen Abhängigkeitsstärke und haben sich in der Praxis als Indikatoren für eine starke Abhängigkeit bewährt (Batra, 2000a; Batra & Fagerström, 1997).

Tabelle 2: Items und Skalenwerte des Fagerström-Tests für Nikotinabhängigkeit (FTND)

<b>Fragen</b>	<b>Antworten</b>	<b>Punkte</b>
1. Wann nach Ihrem Erwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?	Innerhalb von 5 Minuten	3
	Innerhalb von 5 bis 30 Minuten	2
	Innerhalb von 30 bis 60 Minuten	1
	Nach mehr als 60 Minuten	0
2. Finden Sie es schwierig, an verbotenen Orten nicht zu rauchen (z. B. Kino, Restaurant, Flughafen,...)?	Ja	1
	Nein	0
3. Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?	Die erste nach dem Erwachen	1
	Eine andere	0
4. Wie viele Zigaretten rauchen Sie am Tag?	Mehr als 30	3
	21 bis 30	2
	11 bis 20	1
	Weniger als 10	0
5. Rauchen Sie in den ersten Stunden nach dem Erwachen mehr als am Rest des Tages?	Ja	1
	Nein	0
6. Rauchen Sie, wenn Sie krank im Bett liegen müssen?	Ja	1
	Nein	0

Aus der Summe der erreichten Punkte (0 und 10) lässt sich die Stärke der körperlichen Abhängigkeit ableiten. Es ergeben sich folgende vier Kategorien:

- 0 - 2 Punkte: keine bis leichte körperliche Abhängigkeit
- 3 - 5 Punkte: mittelschwere körperliche Abhängigkeit
- 6 - 7 Punkte: schwere körperliche Abhängigkeit
- 8 - 10 Punkte: sehr schwere körperliche Abhängigkeit

## 2.2. Entwicklung und Verlauf von Abhängigkeitserkrankungen

An der Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Abhängigkeit sind eine Vielzahl verschiedener biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren beteiligt. Obgleich dieser Prozess ganz individuell verläuft, belegen verschiedene Studien den Einfluss der genannten Faktoren auf die Suchtentwicklung (Kröger & Piontek, 2011).

### 2.2.1. Das Drei-Faktoren-Modell und der Spiralprozess

Das am häufigsten herangezogene biopsychosoziale Erklärungsmodell zur Entstehung einer Abhängigkeit ist das integrative Drei-Faktoren-Modell nach Feuerlein (Tretter & Müller, 2001). Wie in Abbildung 1 dargestellt, beinhaltet es die folgenden Bereiche:

*Person:* spezifische physische und psychische Eigenschaften

*Umwelt:* soziale, personelle und kulturelle Faktoren

*Droge:* Zubereitungsform, physikalische und chemische Merkmale

Die einzelnen Faktoren stehen dabei in ständiger Interaktion und beeinflussen sich gegenseitig.

Kommt es zu fortwährend ungünstigen Wechselwirkungen zwischen Person (z. B. Selbstwertproblematik), Umwelt (z. B. Defizit an Bezugspersonen) und Droge (z. B. antidepressive Wirkung von Nikotin) führt diese in der Regel zur Entwicklung einer Sucht.

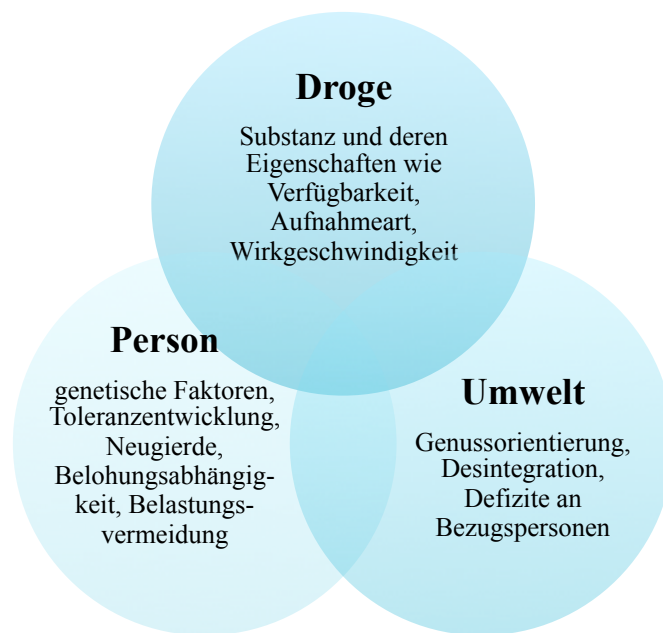


Abbildung 1: Das Drei-Faktoren-Modell der Abhängigkeitsentstehung nach Feuerlein (Tretter & Müller, 2001)

Nach neueren Auffassungen handelt es sich bei der Entwicklung stoffgebundener Süchte um einen dynamischen, spiralförmigen Prozess (Schmidt & Rist, 2006). Koob und Le Moal (2006) beschreiben drei zentrale Komponenten der Abhängigkeitsentwicklung:

- Erwartung eines positiven Substanzeffektes
- Konsumexzesse
- Vermeidung negativer Affektzustände

Der Prozess beginnt mit der Erwartung eines positiven Effektes an die Substanz. Aufgrund von wiederholten und starken Konsumexzessen sowie von biologischen Anpassungsmechanismen kommt es mit der Zeit zur Toleranzentwicklung, die mit einer Steigerung der Dosis einhergeht. Im weiteren Verlauf kommt es zu körperlichen und psychischen Problemen. Zur Vermeidung der Entzugserscheinungen sowie negativen Affektzuständen und trotz des Wissens der damit verbundenen anhaltenden negativen körperlichen und psychischen Konsequenzen, wird die Substanz weiter konsumiert. Diese negative Verstärkung verstärkt die Abhängigkeitsentwicklung (siehe Abbildung 2).

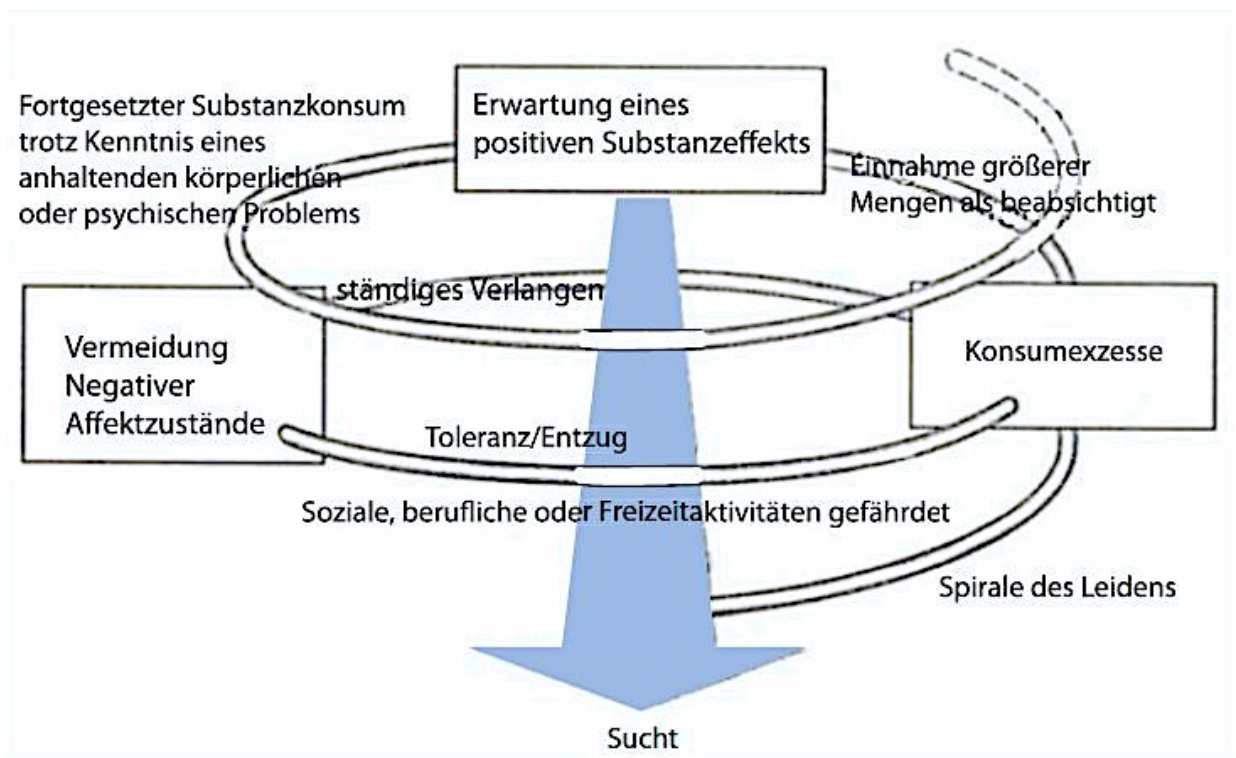


Abbildung 2: Spiralprozess der Abhängigkeitsentwicklung nach Koob und Le Moal (2006) aus Schmidt und Rist (2006)

### 2.2.2. Das *Stages of Change* - Modell

Zur Beschreibung des weiteren Verlaufes von Abhängigkeitserkrankungen hat sich international das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (TTM) von Prochaska und DiClemente bewährt (DiClemente, C. C., Schlundt & Gemmell, 2004; Prochaska, J. O. & DiClemente, 1983). Es handelt sich dabei um ein dynamisches Konzept zur Beschreibung, Erklärung, Vorhersage und Beeinflussung von Einstellungs- sowie Verhaltensänderungen im Bezug auf ein bestimmtes Problemverhalten (Schumann, Rumpf, Meyer & John, 2003). Den Kern des TTM bildet das *Stages of Change* - Modell (Stadien der Veränderungsbereitschaft), nach dem der Substanzabhängige fünf verschiedene Stadien vom süchtigen Verhalten bis zur Abstinenz durchläuft (West, 2005). Je nach Zufriedenheit mit dem aktuellen Konsumverhalten sowie der Motivation, das derzeitige Konsumverhalten zu verändern, kann die Person einer Phase zugeordnet werden. Das *Stages of Change* - Modell beinhaltet die folgenden fünf Stadien, die in zeitlicher und

motivationaler Hinsicht die Verhaltensänderung deskriptiv beschreiben (Prochaska, J. O., DiClemente & Norcross, 1992; West, 2005):

*Precontemplation/Absichtslosigkeit:*

In dieser ersten Phase hat die Person nicht die Absicht, ihr Suchtverhalten bzw. ihre Überzeugungen in absehbarer Zukunft zu verändern. Für sie besteht oftmals kein Anlass sich damit auseinanderzusetzen oder verleugnen es und entwickeln daher kein Bewusstsein für ihr problematisches Verhalten. Aufgrund dessen sieht sich die Person nicht veranlasst etwas an ihrem Suchtverhalten zu verändern oder sie besitzt keine ausreichenden Veränderungsbereitschaft sowie -fähigkeiten.

*Contemplation/Absichtsbildung:*

In der zweiten Phase entwickelt die Person ein Problembewusstsein, setzt sich kritisch mit ihrem Suchtverhalten auseinander und beginnt ernsthaft über Veränderungen (z. B. in den nächsten sechs Monaten) nachzudenken. Es besteht jedoch noch keine konkrete Veränderungsbereitschaft oder Verpflichtung sich selbst oder anderen gegenüber, zu welchem Zeitpunkt und mit welchen Methoden das Suchtverhalten verändert wird.

*Preparation/Vorbereitung:*

In dieser dritten Phase hat die Person die konkrete Absicht zeitnah (z. B. innerhalb der nächsten 30 Tage) ihr bisheriges Suchtverhalten zu ändern. Es kommt zu einer Verknüpfung von intentionalen und behaviouralen Aspekten. Unter dieses Stadium werden auch all jene Personen gerechnet, die im letzten Jahr bereits erste erfolglose Versuche unternommen haben.

*Action/Handlung:*

In der vierten Phase lebt die Person seit mindestens einem Tag abstinent. Sie hat erfolgreich ihr Suchtverhalten verändert und konsumiert nichts mehr.



*Maintenance/Aufrechterhaltung:*

In der fünften Phase befindet sich die Person, wenn sie mindestens sechs Monate lang abstinent geblieben ist. Im Weiteren geht es um die Aufrechterhaltung und Fortsetzung der Veränderungen bzw. der Abstinenz. Für Personen mit Abhängigkeitserkrankungen bedeutet dies ein Leben lang erlernte Fähigkeiten und Strategien zu optimieren und zu festigen, Vorteile der Abstinenz zu verinnerlichen sowie Rückfälle zu verhindern.

Das TTM sieht den Weg aus der Abstinenz als einen dynamischen Prozess an, der in den einzelnen Phasen verschiedene Einstellungs- und Verhaltensänderung voraussetzt (DiClemente, C. C. et al., 1991; Prochaska, J. O. et al., 1992). Während in den ersten beiden Phasen primär Einstellungen eine Rolle spielen, kommen ab dem dritten Stadium konkrete Verhaltensweisen hinzu, deren Interaktionen für den weiteren Verlauf entscheiden sind (Velicer et al., 2000). Obgleich die fünf Motivationsphasen aufeinander aufbauen, ist der Verlauf häufig nicht linear, sondern spiralförmig (Rosen, 2000). Neben dem sukzessiven Voranschreiten in Richtung Abstinenz, ist auch ein Rückschritt in ein früheres Stadium möglich. Insbesondere bei Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung kommt es immer wieder zu Rückfällen, so dass nicht selten die Phasen mehrmals durchlaufen werden (DiClemente, C. C. et al., 2004; Prochaska, J. O. et al., 1992).

### **3 Komorbidität von Tabakabhängigkeit und weiteren Suchterkrankungen**

Im Bereich der Suchterkrankungen versteht man unter Komorbidität, dass eine Person von mindestens zwei psychotropen Substanzen abhängig ist, wobei hier keine Aussage über die Ursache und Art des Zusammenhangs gegeben wird. In der Regel wird von einer epidemiologischen Komorbidität ausgegangen, nach der Störung A und Störung B überzufällig gemeinsam auftreten. Dadurch sind vier mögliche Kausalitäten denkbar (Kraemer, 1995):

- Störung A beeinflusst Störung B
- Störung B beeinflusst Störung A
- Störung A und Störung B beeinflussen sich gegenseitig
- Faktor C ist ursächlich sowohl für Störung A als auch für Störung B

So ist beispielweise der gleichzeitige Konsum von Tabak und einer weiteren Substanz wie Alkohol oder einer anderen illegalen Droge ein weitverbreitetes Phänomen. Bei mehr als 75% der Patienten mit einer Suchterkrankung besteht zusätzlich eine Tabakabhängigkeit (Bobo, 1992; DiFranza & Guerrera, 1990). Der erste Kontakt findet häufig im Kindes- und Jugendalter statt (Bauman & Phoongsavan, 1999). Nach der Early Developmental Stages of Substance Problems Studie (EDSP) hat nahezu jeder Jugendliche und junge Erwachsene ab seinem 14. Lebensjahr mindestens einmal eine psychotrope Substanz konsumiert. Die höchsten Lebenszeitprävalenzen finden sich bei Alkohol (94.5%) sowie Nikotin (76.3%) (Lieb et al., 2000). Diese sogenannten „legalen Drogen“ sind die häufigsten Verursacher für die Entstehung von Suchterkrankungen. Kommt es im weiteren Verlauf zur Entwicklung eines Abhängigkeitssyndroms geht dies oftmals mit einem starken oder abhängigen Konsum von Tabak einher (Batra & Buchkremer, 2001; Degenhardt & Hall, 2001).

Wie bereits unter Punkt 1 beschrieben, befasst sich die vorliegende Arbeit mit der Tabakabhängigkeit bzw. der Raucherberatung und -entwöhnung bei stationären Patienten

mit komorbider Suchterkrankung. Aufgrund dessen wird im Folgenden detaillierter auf epidemiologische und ätiologische Aspekte, substanzassoziierte Erkrankungen sowie verhaltenstherapeutische und medikamentöse Interventionsansätze der Abhängigkeit von Tabak und weiteren psychotropen Substanzen eingegangen.

### 3.1. Epidemiologie

Weltweit rauchen fast 20% der erwachsenen Bevölkerung (Eriksen, Mackay & Ross, 2012). Nach dem World Health Statistics Report (WHO, 2013) konsumierten 2009 in Regionen Amerikas 26% der Männer und 16% der Frauen ab 15 Jahren Tabakprodukte. In Europa betrug dieser Anteil bei den Männern 41% und bei den Frauen 22%. Tabakabhängigkeit ist demnach die häufigste stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankung der Welt.

In Deutschland raucht etwa jede vierte Person ab 15 Jahren (25.7% der Gesamtbevölkerung). Dabei liegt der Anteil der Männer mit 30.5% höher als bei den Frauen mit 21.2% (Laue, 2010). Zu ganz ähnlichen Ergebnissen kam auch das Epidemiologische Suchtsurvey 2009. In der Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen rauchen etwa 29.2% (Männer: 32.8%, Frauen: 25.5%), von denen 19.9% nach DSM-IV eine Nikotinabhängigkeit aufweisen (Pabst, Piontek, Kraus & Müller, 2010). Unter den befragten Rauchern konsumieren 96% Zigaretten, 3% Zigarren und Zigarillos und 1% Pfeife (Laue, 2010).

Weitaus höhere Prävalenzen des Tabakkonsums und der Tabakabhängigkeit zeigen sich bei Personen mit einer psychischen Erkrankung (Brown et al., 1996; Degenhardt & Hall, 2001; Rüther et al., 2014). So wies beispielweise die Forschungsgruppe um Karen Lasser (2000) nach, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung, wie Schizophrenie, affektive Störungen oder Abhängigkeitssyndrom, mehr rauchen sowie größere Schwierigkeiten mit der Beendigung des Tabakkonsum haben, als Personen ohne eine psychische Störung.

Während tabakabhängige Raucher ein vierfach erhöhtes Risiko haben gleichzeitig an einer Alkoholabhängigkeit zu erkranken, besteht bei Personen mit einer Alkoholabhängigkeit ein dreifach höheres Risiko nikotinabhängig zu werden (Grant, Hasin, Chou,

Stinson & Dawson, 2004; John, U. et al., 2003). Dabei konsumieren Männer (27.5%) insgesamt deutlich häufiger beide Substanzen als Frauen (16.4%) (Falk, Hsiao-Ye & Hiller-Sturmhöfel, 2006). Des Weiteren belegt eine Studie von Burling and Ziff (1988), dass unter den stationären Patienten 89.6% mit einer Alkoholabhängigkeit, 90% mit einer Drogenabhängigkeit und etwa 100% mit einer Polytoxikomanie (Alkohol und Drogen gemischt) täglich Tabak konsumieren. Ein ähnliches Ergebnis präsentierten Grant und Kollegen (2004), die ebenfalls eine enge Korrelation zwischen Tabak- und Alkoholabhängigkeit (Odds Ratio: 6.4) sowie zwischen Tabak- und Drogenabhängigkeit (Odds Ratio: 15.9) nachweisen konnten. Diese hohen Fallzahlen werden auch durch andere Studien belegt (Batel & Pessione, 1995; Bobo, 1992; DiFranza & Guerrera, 1990; Miller, N. S. & Gold, 1998). Darüber hinaus weisen jene Personen mit einer weiteren Abhängigkeit einen höheren Zigarettenkonsum, eine tiefere Inhalation sowie eine stärkere Tabakabhängigkeit auf (Novy et al., 2001).

### 3.2. Erklärungsmodelle für die Komorbidität von Tabakabhängigkeit und weiteren Suchterkrankungen

Als Ursache für die hohen Komorbiditätsraten von substanzbedingten Störungen bzw. Abhängigkeiten finden sich in der Literatur eine Reihe von Faktoren und Erklärungsansätzen (West, 2001). Epidemiologische Untersuchungen sowie Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien ergeben, dass sowohl biologische, psychologischen und soziale Parametern als auch genetische und Umweltfaktoren für das gemeinsame Auftreten von komorbiden Abhängigkeiten verantwortlich sind. All diese Komponenten scheinen in unterschiedlicher Ausprägung an der Entwicklung von Abhängigkeiten beteiligt zu sein (Bierut et al., 1998; Schmidt & Rist, 2006). Nach dem Modell von Nestler (2000) beeinflussen die Beschaffenheit und Verarbeitung der Droge, die genetische Veranlagung (Vulnerabilität) sowie die Umwelterfahrungen, insbesondere während der Entwicklungszeiten im Kindes- Jugend- und frühen Erwachsenenalters, die Struktur und Funktion des Gehirns. Bei wiederholten Suchtmittelkonsum kann es zu stabilen Veränderungen synaptischer Strukturen und Funktionen kommen, die zu einer Abhängigkeit führen (siehe Abbildung 3).

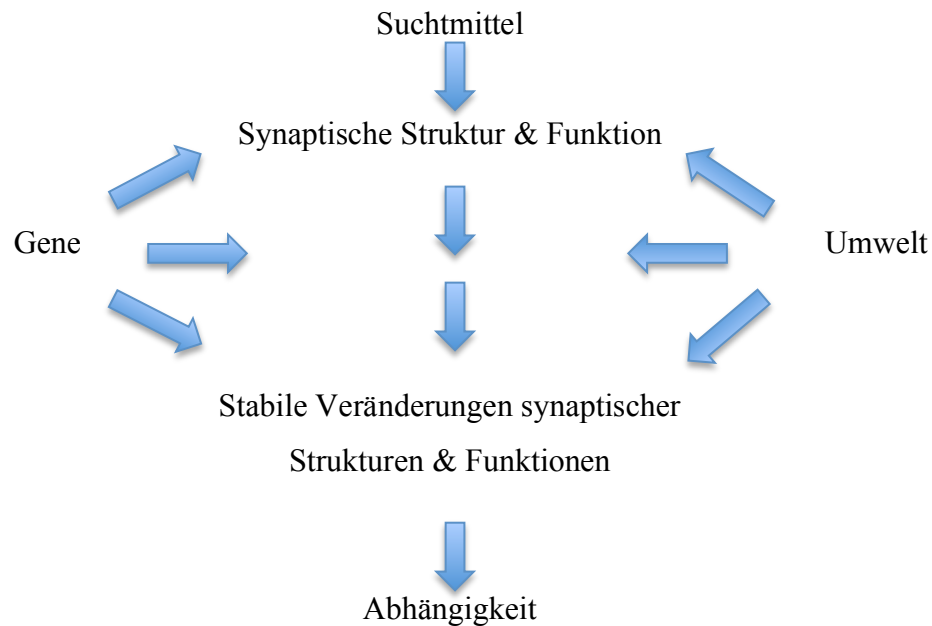


Abbildung 3: Graphische Darstellung zur Erklärung der Entwicklung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeit nach Nestler (2000)

Die meisten stoffgebundenen Suchterkrankungen entstehen multifaktoriell. Neben genetischen Faktoren spielen neurobiologische und psychologische Faktoren eine wichtige Rolle (Batra & Buchkremer, 2001; Funk, Marinelli & Lê, 2006; Garbusow et al., 2013; Kendler, Jacobson, Prescott & Neale, 2003). Die im Folgenden dargestellten Erklärungsmodelle zur Entstehung, Aufrechterhaltung und Veränderung der Komorbidität von Abhängigkeitserkrankungen erklären dies aus unterschiedlichen Perspektiven und ergänzen sich somit gegenseitig.

### 3.2.1. Genetische Erklärungsmodelle

Anhand von Zwillings-, Adoptions- und Familienstudien wurde untersucht, inwieweit Abhängigkeitserkrankung und deren komorbides Auftreten genetisch bedingt sind. Die Untersuchungen zeigen, dass Suchterkrankungen allgemein familiär gehäuft auftreten. Das genetische Risiko liegt um die 40 Prozent (Koob & Le Moal, 2006; Sher, Gotham, Erickson & Wood, 1996) und ist unter Männern und Frauen etwa gleich verteilt (Frank, 2003). Darüber hinaus zeigt sich, dass für die Konsumbereitschaft von Tabak, Alkohol

und anderen Drogen genetische Faktoren verantwortlich sind, die wiederum das Risiko für kombinierte Abhängigkeitserkrankungen erhöhen (Bierut et al., 1998; Kendler et al., 2003; Li, Karadsheh, Jenkins & Stitzel, 2005; Tsuang et al., 1998). Aufgrund dessen geht die Forschung davon aus, dass für die Entwicklung von Doppelabhängigkeiten gemeinsame genetische Vulnerabilitäten verantwortlich sind (Batra & Buchkremer, 2001; Sher et al., 1996).

Für die Beteiligung von genetischen Parametern spricht ebenfalls, dass an der Entstehung und Aufrechterhaltung der Sucht dopaminerge, glutamaterge, serotonerge und weitere Neurotransmitter bzw. Systeme beteiligt sind, deren Funktionalität individuell unterschiedlich ist. In Humanstudien wurden innerhalb dieser Systeme genetische Polymorphismen nachgewiesen, die zur Variation der individuellen Sensitivität für Drogenwirkungen beitragen und damit das Erkrankungsrisiko determinieren (Kiefer, 2010). Den zentralen Bereich bildet dabei das mesolimbische Belohnungssystem, dessen dopaminerge Bahnen sich vom ventralen Tegmentum des Mittelhirns zum Nucleus accumbens, Thalamus und in den präfrontalen Cortex weiterverschalten (Goldstein & Volkow, 2002). Die Einnahme von psychotropen Substanzen führt unter anderem zu einer erhöhten Ausschüttung von Dopamin. In der weiteren Folge steigt die Konzentration von cAMP (Cyclisches Adenosinmonophosphat), welches wiederum bestimmte Gene aktiviert, die für die Entwicklung von Toleranz und Abhängigkeit mitverantwortlich sind. Die Freisetzung des Dopamins wird dabei als belohnend und verstärkend erlebt, was in vielen Fällen den Konsumenten zum wiederholten Substanzgebrauch verleitet. Es wird angenommen, dass bestimmte Genvariationen existieren, die die Ausschüttung von Dopamin und dessen Rezeptorempfindlichkeit regulieren (Koob, 2006; Nestler & Malenka, 2004). Genetische Faktoren scheinen demnach zu einem gewissen Maß die Vulnerabilität bzw. Prädisposition für die Entwicklung von Sucht zu determinieren. Es bedarf jedoch noch weiterer Untersuchungen und Erkenntnisse (Schmidt & Rist, 2006).

### 3.2.2. Neurobiologische Erklärungsmodelle

Wie eben angesprochen, spielen neben genetischen Faktoren auch neurobiologische Prozesse eine entscheidende Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von komorbiden Suchterkrankungen. Es handelt sich dabei um einen komplexen Erkan-

kungsprozess des Gehirns, der aus einer wiederkehrenden Drogenintoxikation resultiert (Nestler & Malenka, 2004). Bildgebende Studien belegen, dass an diesem Prozess sowohl das mesolimbische (ventrales Tegmentum, Nucleus accumbens, Amygdala, Hippocampus) als auch das mesocorticale System (präfrontaler Cortex, orbitofrontaler Cortex, anteriores Cingulum) beteiligt sind (Goldstein & Volkow, 2002). Unabhängig von der genetischen Veranlagung, stimulieren alle psychotropen Substanzen, wie Alkohol, Nikotin, Amphetamine, Opiate, etc., das mesolimbische System, welches auch als Dopamin- oder Belohnungssystem bezeichnet wird (Koob, 2006; Wise, 1988). Die Schlüsselkomponenten bildet dabei der Neurotransmitter Dopamin. Je nach Art, Umfang und Anzahl der psychotropen Substanzen kommt es im Nucleus accumbens zu einem Dopaminüberschuss oder -schwemme. Die wiederholte Einnahme führt zu einer durch neuroadaptiven Prozesse vermittelten Sensitivierung des Belohnungssystems sowie zu einer vermehrten Aufmerksamkeitszuwendung auf substanzassoziierte Reize, was den Beginn der Sucht markiert (Nestler & Malenka, 2004). Auch für die Entwicklung von Mehrfachabhängigkeiten sind diese neurobiologischen Mechanismen verantwortlich. So interagieren beispielsweise Nikotin und Ethanol mit dem dopaminergen *reward-system* (Belohnungssystem) (Rose et al., 2004). Der belohnende Effekt von Alkohol wird durch das Nikotin verstärkt und umgekehrt (*cross reinforcement*/gegenseitige Wirkungsverstärkung), da die Substanzen eine additive Ausschüttung von Dopamin im Nucleus accumbens bewirken (Cooney, J.L. et al., 2003; Gulliver, S.B. et al., 2000; Meyerhoff et al., 2006; Rohsenow et al., 1997; Tizabi, Copeland, Louis & Taylor, 2002). Unter weiterer, regelmäßiger Einnahme fördert dies die Aufrechterhaltung des parallelen Konsums und bewirkt eine Toleranzsteigerung der jeweils anderen Droge. Das vermehrte Konsumverhalten wird benötigt, um weiterhin dieselbe Wirkung zu erreichen (*cross tolerance*/gegenseitige Toleranzentwicklung) (Funk et al., 2006; Kröger & Lohmann, 2007). Darüber hinaus erhöht sich durch den chronischen Konsum von Alkohol die Rate des Nikotinmetabolismus (Gubner et al., 2016). Dabei wird der mesolimbische Schaltkreis mit der akut verstärkenden Wirkung der Droge, mit der Erinnerung (Hippocampus) sowie der konditionierten Reaktion (Amygdala), die wiederum mit dem Craving in Verbindung steht, assoziiert. Der mesocorticale Schaltkreis ist wahrscheinlich für die bewusste Erfahrung des Rausches, Salienz-

/Bedeutungszuschreibung, das Craving (Erwartung an die Droge) sowie für das zwanghaften Verhalten bei Abhängigkeiten verantwortlich (Goldstein & Volkow, 2002; Nestler & Malenka, 2004). Bei kontinuierlicher multipler Substanzeinnahme kommt es zu neurobiologischen Veränderungen, die eine Abnahme der orbitofronten/präfrontalen Cortex-Funktion, der Dopamin D2-Rezeptoren bzw. Neurotransmitter sowie eine Überaktivität des Stresssystems umfassen (Koob, 2006).

### 3.2.3. Psychologische Erklärungsmodelle

Die Entwicklung und Aufrechterhaltung von kombinierten Abhängigkeitserkrankungen ist ein Prozess, der neben genetischen und biologischen Parametern auch durch psychische und soziale Faktoren beeinflusst wird (Hawkins & Fitzgibbon, 1993; Lieb et al., 2000).

Der erste Konsum von und das Experimentieren mit legalen und illegalen psychotropen Substanzen liegt meist im frühen Jugendalter. In diesem Alter stehen Themen wie die Ablösung von den Eltern, Identitätsfindung, Aufbau neuer Beziehungen, Stress sowie körperliche und psychische Veränderungsprozesse im Vordergrund. Aber auch die Neugierde und das Ausprobieren von riskanten Verhalten nehmen zu (Bauman & Phoongsavan, 1999; Sieber, 1993). Der Einstieg erfolgt in der Regel über die leicht erwerbenden Substanzen Alkohol, Nikotin und zum Teil über Cannabis. Neben gefühls- und stimmungsstabilisierenden Effekten haben diese auch eine kontaktfördernde Wirkung (Batra & Buchkremer, 2001). Ein weiterer Risikofaktor kann das familiäre Umfeld darstellen. Studien belegen, dass wichtige Bezugspersonen Einfluss auf das Konsumverhalten ihrer Kinder haben. Für Jugendliche, deren Eltern regelmäßig Alkohol und Tabak zu sich nehmen, erhöht sich deren eigenes Konsumrisiko, im Sinne des Modelllerns (Bobo & Husten, 2000; Lieb et al., 2000). Darüber hinaus können familiäre Schwierigkeiten wie Trennung oder Scheidung der Eltern, familiäre Disharmonie oder mangelnde Unterstützung der Eltern die Einnahme von psychotropen Substanzen begünstigen (Sieber, 1993; Van Ryzin, Fosco & Dishion, 2012). Aber auch Peer-Groups nehmen Einfluss auf das Suchtverhalten. Sowohl die Einnahme und Akzeptanz unter den Freunden als auch die positiven Erwartungen und Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum bedingen das weitere Suchtverhalten unter Adoleszenten und



gelten als ein entscheidender Risikofaktoren (Garbusow et al., 2013). Des Weiteren erweisen sich folgende Parameter als Risikofaktoren für das Auftreten mindestens einer bzw. mehr als einer Diagnose: männliches Geschlecht, jüngeres Alter, niedrigere Schulbildung sowie lediger/geschiedener Familienstand (Piontek, Kraus, Gomes de Matos & Pabst, 2013).

Eine weitere wichtige Rolle spielen lernpsychologische Konzepte, die davon ausgehen, dass süchtiges Verhalten durch klassische und operante Konditionierung bestimmt wird (Batra & Buchkremer, 2001; Garbusow et al., 2013). Schon sehr früh erkannte man, dass an der Entwicklung und Stabilisierung von Abhängigkeitserkrankungen klassische und operante Konditionierungsprozesse beteiligt sind (Wikler, 1973). Bei der klassischen Konditionierung wird ein unkonditionierter Reiz (*UCS*), auf den eine unkonditionierte Reaktion (*UCR*) folgt, mit einem ursprünglich neutralen Reiz durch wiederholte Darbietung zeitlich gekoppelt. In der Folge genügt dann die Präsentation des neutralen Reizes um dieselbe Reaktion auszulösen. Dabei wird der neutrale Reiz zu einem konditionierten (*CS*) und die unkonditionierte Reaktion (*UCR*) zu einer konditionierten (*CR*) (Garbusow et al., 2013; Kröger & Lohmann, 2007). Je nach Substanz und dem damit verbundenen erwarteten Effekt, handelt es sich um einen positiven oder negativen Verstärker. Dies führt im Sinn der operanten Konditionierung zur Verstärkung des Verhaltens (siehe Abbildung 4). Dieses Modell lässt sich auf alle psychotropen Substanzen übertragen (Revenstorf & Metsch, 1986). Mit Hilfe dieser Konditionierungsprozesse lassen sich auch das gemeinsame Auftreten des Konsums von mehreren psychotropen Substanzen, deren Summation gewünschter Effekte sowie die damit verbundene Reduktion aversiver Gefühlszustände erklären (Brandon, Tiffany, Obremski & Baker, 1990). Am Beispiel von Tabak- und Alkoholabhängigkeit bedeutet dies, dass der Alkohol zum konditionierten Stimulus für das Rauchen einer Zigarette wird und umgekehrt. Der Konsum der einen Substanz löst sowohl Craving als auch physiologische Reaktionen nach der anderen Substanz aus. Dieses Verhalten trägt zur Aufrechterhaltung des Substanzkonsums sowie zur Lösungsresistenz bei und erhöht zugleich das Rückfallrisiko (Drobes, 2002; Gulliver, S.B. et al., 2000; Weinberger, Platt, Jiang & Goodwin, 2015). Das Erklärungsmodell gilt ebenfalls für das gemeinsame Auftreten anderer Suchstoffe (Kröger & Lohmann, 2007).

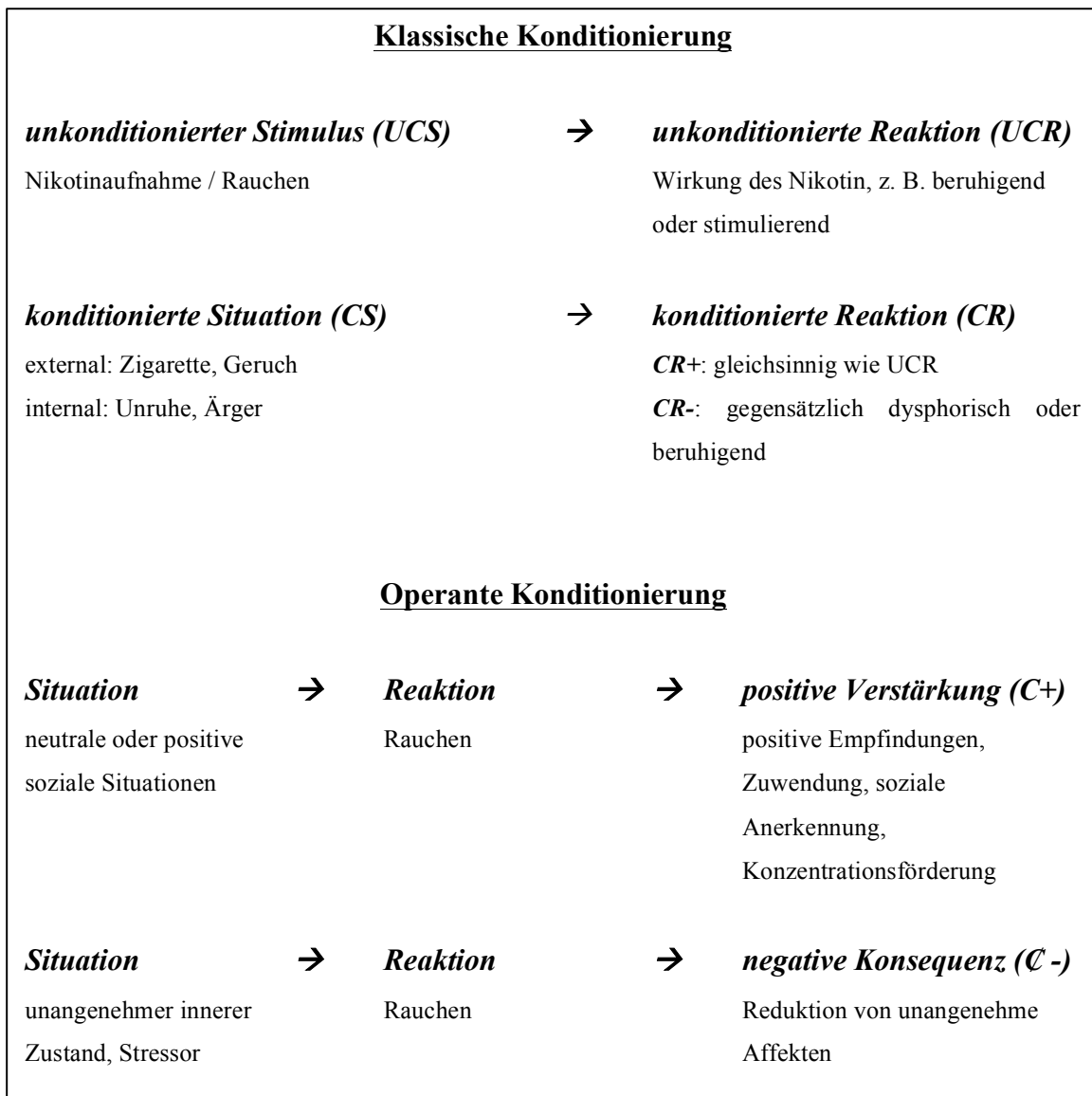


Abbildung 4: Klassische und operante Konditionierungsprozesse am Beispiel des Tabakkonsums

Kognitive Modell hingegen befassen sich mit der Wahrnehmung, den Erwartungen, Denk- und Bewertungsprozessen sowie Handlungsplänen bei der Entwicklung und Steuerung der Sucht (Kröger & Lohmann, 2007). Nach dem kognitiven Suchtmodell von Beck, Wright, Newman und Liese (1997) sind dysfunktionale Grundannahmen für das Suchtverhalten verantwortlich. So hat beispielsweise der Raucher gelernt, dass er sich bei der Bewältigung unangenehmer Gefühle auf die Zigarette verlassen kann. Darüber hinaus werden psychoaktive Substanze auch zur Selbstmedikation eingesetzt. Ihre psychotrope Wirkung dient dazu zentrale neurologische Strukturen und vorherr-

schende Gefühlszustände zu beeinflussen (Pabst et al., 2010; Wessels & Winterer, 2008).

Neben den eben angeführten Faktoren existieren noch eine Reihe weiterer psychologischer Erklärungsmodelle (Theorie der kognitiven Dissonanz nach Festinger, psychoanalytische Sicht, etc.), die wegen ihrer fehlenden Relevanz für diese Arbeit nicht weiter erläutert werden.

Es zeigt sich, dass sowohl an der Entwicklung als auch an der Stabilisierung bzw. Aufrechterhaltung von komorbiden Abhängigkeitserkrankungen psychologische Faktoren eine entscheidende Rolle einnehmen.

### 3.3. Substanzassoziierte Erkrankungen und Komplikationen

Durch den Konsum von Alkohol, Nikotin und anderen psychotropen Substanzen kommt es sowohl zu gesundheitsschädlichen als auch psychischen und sozialen Folgen, welche durch zahlreiche Studien belegt sind (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012). Dabei wirken die gesundheitlichen Schäden von Tabak oder anderen Drogen synergistisch und werden auf 50% größer geschätzt als die Summe der Einzelnen (Bien & Burge, 1990).

Rauchen steht weltweit an erster Stelle des bedeutsamsten vermeidbaren gesundheitlichen Risikofaktors für lebensbedrohliche (bis tödliche) Erkrankungen (Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, etc.) wie auch für weniger gesundheitsgefährdende Störungen (Infertilität, Osteoporose, etc.) Laut aktueller Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation sterben jährlich rund fünf Millionen Menschen an den Folgen des Tabakkonsums (WHO, 2012). In Deutschland sind es um die 100.000 - 120.000 Menschen, was einer Gesamtmortalität von 17% entspricht (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., 2014b). Im Gegensatz zu Nichtrauchern verkürzt sich die Lebenserwartung von Rauchern im Durchschnitt um acht Jahre (Peto et al., 1996). Etwa die Hälfte aller tabakbedingten Todesfälle erfolgt vor dem 70. Lebensjahr (Doll et al., 2004). Nach dem U.S. Department of Health and Human Services (2004) und zahlreichen anderen Studien (Benowitz, 2003; Boyle, 1997; Burns, 2003; Ezzati & Lopez, 2004; Sasco et al., 2004) verursacht das Rauchen verschiedene Arten von Krebs-, Herz-Kreislauf-, Atemwegs-

sowie Gefäßerkrankungen. Es greift den gesamten Organismus - innere Organe, Zellen, Gehirn - an.

Der übermäßige Konsum von Alkohol stellt ebenfalls ein großes Gesundheitsrisiko dar und steht an dritter Stelle der lebendgefährdenden Substanzen (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., 2014a). Neben der Gefahr der Entwicklung einer Abhängigkeit, kann er beispielsweise zu Leberzirrhose, gastrointestinalen Störungen, Krebs, kardiovaskulären Krankheiten oder zerebralen Störungen (Korsakow-Syndrom, Wernicke-Enzephalopathie) führen. Darüber hinaus kommt es aufgrund des Alkoholismus häufig zu psychosozialen Folgen wie ein gestörtes Verhältnis zum Partner, zu Kindern oder Freunden, berufliche Probleme, finanzielle Schwierigkeiten, Verkehrsdelikte oder Konflikte mit den Gesetz (Möller et al., 2009). Bundesweit sterben jährlich 74.000 Menschen an den Folgen von Alkohol (John, U. & Hanke, 2002).

Daneben verursachen illegale Drogen wie Cannabis, Kokain, Stimulanzien oder Halluzinogene, je nach Art und Umfang, ebenfalls unterschiedliche gesundheitliche (Abhängigkeitssyndrom, kardiovaskulär, neurologisch), psychische (Angst, Depression, paranoide Psychose) und soziale (interaktionell, finanziell, Arbeitslosigkeit) Probleme (Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2013).

Kommt es nun zum multiplen Konsum von verschiedenen psychoaktiven Substanzen, insbesondere in Verbindung mit Tabak, steigt das Gesundheitsrisiko. Eine Langzeitstudie mit drogenabhängigen Personen belegt, dass bei zusätzlichem Tabakkonsum die Mortalitätsrate um das vierfache erhöht ist (Hser et al., 1994). Somit stellt das Rauchen einen der bedeutenden Risikofaktor bei mehreren Krebs- sowie kardiovaskuläre Erkrankungen dar, welcher z. B. durch einen Alkoholabusus zusätzlich verstärkt wird (Benowitz, 2003; Moliterno et al., 1994; Mukamal, 2006; Sasco et al., 2004; Turati et al., 2013). Aufgrund dessen ist Rauchen, nicht Alkohol oder andere psychotrope Substanz die führende Todesursache für Patienten, die eine Entzugsbehandlung durchgeführt haben, und ist für mehr als 50% aller Todesfälle dieser Patientengruppe verantwortlich (Hurt et al., 1996; Hurt & Patten, 2003; John, G. et al., 2015).

### 3.4. Raucherberatung und -entwöhnung bei stationären Patienten mit komorbider Suchterkrankung

#### 3.4.1. Aktuelle Studienlage

Obgleich die gesundheitsschädlichen und lebenszeitverkürzenden Folgen durch den Konsum von Tabak seit Jahren hinlänglich bekannt sind, wurde im klinisch-psychiatrischen Setting der Tabakentwöhnung in der Entgiftungsphase von psychotropen Substanzen lange wenig Bedeutung beigemessen und war mit Vorbehalten behaftet. Die Erfolgsaussichten wurden als gering eingeschätzt und auch die Notwendigkeit einer Raucherberatung und -entwöhnung wurde als nachrangig bewertet. Unter anderem bestand die Befürchtung, dass der gleichzeitige Entzug eine zu große Schwierigkeit für die Patienten darstellt, die Raucherentwöhnung die Abstinenz von der weiteren, primären Abhängigkeitserkrankung langfristig gefährden und damit der Therapieerfolg der Alkohol- oder Drogenbehandlung geschmälert werden könnte (Asher et al., 2003; Bobo, 1989; Burling et al., 1991; Zullino, D. F. et al., 2003). Belegt ist, dass alkoholabhängige Patienten eine stärkere Tabakabhängigkeit aufweisen (Hertling et al., 2005; Horn et al., 2000; Hughes et al., 2000; John, U. et al., 2003; Marks et al., 1997) und beim Rauchstopp mit größeren Schwierigkeiten konfrontiert sind (DiFranza & Guarrera, 1990; Novy et al., 2001). Auch Patienten mit einer Opiat-, Cannabis- oder Kokainabhängigkeit zeigen eine stark erhöhte Raucherprävalenz (Budney et al., 1993; Degenhardt & Hall, 2001; Rabin et al., 2016; Shoptaw et al., 1996).

Eine Reihe von empirischen Untersuchungen kommen jedoch zu anderen Ergebnissen und sprechen für einen gleichzeitigen Entzug der Tabakabhängigkeit und weiteren Suchterkrankung. Die Argumente für eine parallele Therapie liegen u. a. in der starken gesundheitlichen Gefährdung bei weiterhin bestehenden Tabakkonsum (siehe 3.3.) und der positiven Auswirkung auf die Abstinenz der primären Suchterkrankung. Einige Studien belegen, dass der gleichzeitige, qualifizierte Entzug von Alkohol, illegalen Drogen und Nikotin keine negativen Effekte auf die Abstinenz der primären Abhängigkeitserkrankung hat, sondern die Wahrscheinlichkeit für eine verlängerte Abstinenzphase bei der Suchterkrankungen erhöht (Bobo, McIlvain, Lando, Walker & Leed-Kelly, 1998; Burling et al., 1991; Hurt et al., 1994; Joseph et al., 1993; Kalman, Kim, DiGirolamo,

Smelson & Ziedonis, 2010; Metz, Kröger & Buhringer, 2005; Prochaska, J. J. et al., 2004; Rabin et al., 2016; Reid et al., 2008; Sussman, 2002; Weinberger et al., 2015). Für die Durchführbarkeit sprechen Erfahrungen aus Mitte der achtziger Jahre, bei denen entsprechende Konzepte ohne große Widerstände seitens der Patienten durchgesetzt werden konnten, wenn zugleich eine Nikotinersatztherapie angeboten wurde (Resnick & Bosworth, 1989). Darüber hinaus zeigt ein großer Teil der Suchtpatienten Interesse an einer Raucherberatung und -entwöhnung (Clarke, Stein, McGarry & Gogineni, 2001; Nahvi, Richter, Li, Modali & Arnsten, 2006; Santa Ana, LaRowe, Armeson, Lamb & Hartwell, 2016).

Die drei folgenden Reviews sollen einen kurzen Überblick über die Wirksamkeit der Raucherentwöhnungsmaßnahmen bei stationären Patienten mit komorbider Suchterkrankung geben.

Prochaska, Delucchi und Hall (2004) untersuchten in ihrer Metaanalyse 19 randomisierte, kontrollierte Studien zur Raucherentwöhnungstherapie bei substanzabhängigen Patienten (Alkohol- und/oder Drogenabhängigkeit) zum Zeitpunkt der Behandlung oder nach längerer Abstinenz. Nach Therapieabschluss lagen die Tabak-Abstinenzraten der Versuchsgruppen, die zusätzlich eine Raucherentwöhnungsintervention erhielten, bei 12% und die der Kontrollgruppen (ohne Raucherentwöhnungsintervention) bei 3%. Nach 12 Monaten konnte dieser signifikante Unterschied zwischen Entwöhnungs- (7%) und Kontrollgruppen (6%) nicht mehr nachgewiesen werden.

Die Überblicksarbeit von Sussman (2002) umfasst 24 Studien zur Tabakentwöhnungsmaßnahmen bei Patienten mit Alkohol- und/oder Drogenabhängigkeit. Aufgrund von methodischen Unterschieden ergaben sich jedoch Schwierigkeiten in der Vergleichbarkeit. Neun Studien aus dem stationären Setting belegen langfristige Abstinenzraten. Dabei liegen die Werte für die Interventionsgruppen zwischen 0% und 12% und für die Kontrollgruppe zwischen 0% und 7%.

Die Forschergruppe um Metz, Kröger und Bühringer (2005) verglich in ihrem Review fünf deutschsprachige und acht englischsprachige Studien zum Thema Tabakentwöhnung bei Personen mit einer Alkoholabhängigkeit und/oder Drogenabhängigkeit im Setting der Suchtrehabilitation. Bei den deutschsprachigen Untersuchungen ergaben sich bei Entlassung Tabak-Abstinenzquoten für die alkoholabhängigen Patienten von

<10 % bis 56%, wobei keine Kontrollgruppen zur Verfügung standen. Eine Studie erreichte sogar nach sechs Monaten noch eine Abstinenzrate von 4% bis 8%. Bei sechs der acht englischsprachigen Arbeiten lag eine Kontrollgruppe vor. Zum Therapieende schwankten die Tabak-Abstinenzraten der alkohol- und/oder drogenabhängigen Patienten zwischen 0% und 42%. Sieben Studien berichteten von langfristigen Quoten nach sechs bis zwölf Monaten von 0% bis 19%. Die Varianz in den Untersuchungsergebnissen ergibt sich aufgrund der unterschiedlichen Studiendesigns.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eine Reihe von Studien den positiven Effekt von Raucherentwöhnungsmaßnahmen bei alkohol- und/oder drogenabhängigen Patienten nachweisen konnten, auch wenn nicht immer auf lange Sicht. Demnach besteht weiterhin Forschungs- und Handlungsbedarf, um in der Raucherberatung und -entwöhnung zukünftig noch größere Fortschritte zu erzielen. Donath und Kollegen (2005) oder auch die Forschergruppe um Sohal (2016) sind der Meinung, dass die personenzentrierten Maßnahmen durch strukturelle Prä- und Interventionen (z. B. rauchfreie Gesundheitseinrichtungen, Bereitstellung von Informationen, Training und Ressourcen für Patienten und Personal, Abschaffung von Raucherzonen am Arbeitsplatz) ergänzt werden sollten. Darüber hinaus ist kritisch anzumerken, dass eine Vielzahl von Untersuchungen methodische Mängel aufweist, was die Vergleichbarkeit der Studien begrenzt.

#### 3.4.2. Behandlungskonzepte

Trotz der weiterhin kontrovers diskutierten Ansichten und Ergebnisse über Tabakentwöhnungsmaßnahmen bei Patienten mit komorbiden Suchterkrankung, erscheint für die Mehrheit der Forscher die umfassende Therapie von Alkohol, illegalen Drogen und Nikotin als notwendig und sinnvoll. Demnach stellt sich weniger die Frage ob, sondern mit welchen Interventionen zu welchem Zeitpunkt die Tabakentwöhnung stattfinden soll. Nach den Empfehlungen der zum Zeitpunkt des Studiendesigns aktuellen nationalen und internationalen Leitlinien zur Tabakabhängigkeit (American Psychiatric Association, 2006; Batra, Schütz & Lindinger, 2006; Fiore, M. C. et al., 2008) wurde für die Studie eine Kombination aus verhaltenstherapeutischen Interventionen und Nikotinersatztherapie (Empfehlungsgrad A) gewählt. Des Weiteren sprechen das bisherige thera-

peutische Vorgehen auf Station, inkl. vorangegangener Pilotstudie, die Praktikabilität aufgrund der kurzen Aufenthaltsdauer der Patienten auf Station (durchschnittlich zwei Wochen) sowie die geringen Nebenwirkungen dieser Präparate für diese Wahl.

Nachfolgend werden nun die aktuellen Leitlinien sowie verhaltenstherapeutischen Maßnahmen zur Raucherberatung und -entwöhnung bei Patienten mit Mehrfachabhängigkeiten beschrieben. Anschließend kommt es zu einer kurzen Darstellung der medikamentösen Therapie mit Nikotinersatzpräparaten.

Aufgrund der oben genannten Aspekte, sowie der für diese Arbeit fehlenden Relevanz, wird auf psychoanalytische orientierte Maßnahmen, kognitiv-suggestive Methoden, Selbsthilfeprogramme, etc. und andere medikamentöse Behandlungsformen (z. B. Bupropion, Vareniclin) nicht weiter eingegangen.

#### 3.4.2.1. Psychotherapeutische Leitlinien und Interventionen

Die American Psychiatric Association (2006) empfiehlt in ihren praktischen Leitlinien, dass Patienten mit Tabakabhängigkeit und einer weiteren Abhängigkeitserkrankung von allen psychotropen Substanzen entwöhnt werden sollen. Dies findet idealerweise im stationären Setting statt, da eine „Rundumversorgung“ ermöglicht werden kann. Jeder doppelabhängige Patient soll in eine Tabakentwöhnungstherapie eingebunden oder gegebenenfalls dazu motiviert werden. Neben dem Einsatz von Verhaltens- und Nikotinersatztherapie empfiehlt die APA die Schaffung einer rauchfreien Station bzw. Umgebung. Ebenso schlagen Fiore und Kollegen (2008) in ihren aktuellen, klinischen Guidelines für Raucherentwöhnung vor, Patienten mit Suchterkrankung vom Tabak, unter Gabe von Nikotinersatzpräparaten, zu entwöhnen. Empfehlungen zur Tabakentwöhnung finden sich auch in den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (Batra, Hoch, Mann & Petersen, 2015; Batra et al., 2006). Sie raten zu einer stationären Therapie mit anschließender Nachbetreuung, in der eine Kombination aus psychotherapeutischen Interventionen und Nikotinersatztherapie durchgeführt wird, mit dem Ziel einer kontinuierlichen dauerhaften Abstinenz. Im Falle einer Unfähigkeit zur Abstinenz oder bei geringer Motivation sollte die sogenannte *harm reduction* (Schadensminimierung) bzw. Reduktion des Tabakkonsums als alternative Strategie gewählt werden.



In der Psychotherapie gelten kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen zu den Standardmethoden der Raucherberatung und -entwöhnung. Bevorzugt werden diese im Gruppensettings durchgeführt, können aber auch in Einzelbehandlungen angeboten oder dadurch ergänzt werden (Batra et al., 2015; Kröger & Piontek, 2011). Beide Interventionen haben sich im Vergleich zu anderen unspezifischen Motivations- und Beratungsmaßnahmen sowie Selbsthilfematerialien als überlegen und wirksamer erwiesen (Lancaster, Stead, Silagy & Sowden, 2000; Stead & Lancaster, 2009).

Die verhaltenstherapeutischen Konzepte gehen von der Annahme aus, dass das Suchtverhalten, wie jedes Verhalten, durch klassische, operante und soziale Konditionierungsprozesse erlernt und aufrechterhalten wird (siehe auch 3.2.3). Unter Einsatz derselben lerntheoretischen Techniken soll das Rauch- bzw. Suchtverhalten wieder verlernt bzw. gelöscht und von den auslösenden Situationen oder Orten entkoppelt werden (Buchkremer & Batra, 2009; Garbusow et al., 2013; Kröger & Lohmann, 2007). Die Veränderung des Rauchverhaltens erfolgt entweder über einen absoluten Rauchstopp oder über eine stufenweise Reduktion der Zigarettenanzahl (*harm reduction*) bis zur vollständigen Abstinenz. Die Raucherentwöhnungsprogramme setzen sich in der Regel aus verschiedenen psychotherapeutischen Interventionen zusammen, mit dem Ziel die Ambivalenz und Motivation für ein rauchfreies Leben zu entwickeln und zu verstärken, die Selbstwirksamkeitserwartung zu steigern sowie neue Fertigkeiten zu erlernen. Die Methoden sind konkret und alltagsnah gehalten. Die folgende Tabelle 3 gibt einen Überblick über die Behandlungsphasen und damit verbundenen Ziele sowie mögliche Interventionen (Batra et al., 2015; Batra et al., 2006; Fiore, M.C. et al., 2008; Hautzinger, 2005; Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006; Kröger & Lohmann, 2007; Miller, W. R. & Rollnick, 2009; Santa Ana et al., 2016).

Die Effektivität dieser therapeutischen Interventionen ist wissenschaftlich bewiesen und gelten bisher als vielversprechendste und erfolgreichste Therapie bei der Tabakentwöhnung (Batra et al., 2015; Batra et al., 2006; Fiore, M.C. et al., 2008).

Tabelle 3: Überblick über Behandlungsphasen, Ziele und Interventionen zur Raucherberatung und -entwöhnung

Behandlungsphasen	Prozessziele	Interventionen
<b>Diagnostik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beziehungsaufbau</li> <li>• Informationserhebung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivierende Gesprächsführung</li> <li>• Fagerström-Test</li> <li>• Registrierkarten</li> <li>• Analyse der Reduktions- und Abstinenzphasen</li> <li>• Kohlenmonoxid-Messung</li> </ul>
<b>Motivation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entwicklung eines Störungsmodells</li> <li>• Wissensvermittlung</li> <li>• Förderung der Dissonanz</li> <li>• Identifikation von Angst und Schamgefühlen</li> <li>• Förderung der Entscheidung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychoedukation: Informationen über Rauchen, Tabakabhängigkeit und Gesundheit</li> <li>• Pro-Contra-Liste</li> <li>• Auswertung diagnostischer Ergebnisse (FTND)</li> <li>• Gedankenexperiment</li> </ul>
<b>Modifikation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entwicklung von alternativen Verhaltensweisen</li> <li>• Erlernen von Strategien im Umgang mit Entzugserscheinungen und Craving</li> <li>• Vorbereitung des Rauchstopps bzw. <i>harm reduction</i></li> <li>• Förderung der Identität als rauchfreier Mensch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstmanagement: Selbstbeobachtung, -kontrolle, -bewertung und -verstärkung</li> <li>• Identifikation und Aufbau alternativer Verhaltensweisen zum Rauchen: Bewegung, Sport, Entspannung, Ablenkung, etc.</li> <li>• Beobachtung von nicht rauchenden Personen</li> <li>• Reduktions- oder Punkt-Schlussmethode</li> <li>• Aufbau sozialer Unterstützung: Familie, Freunde</li> <li>• Psychoedukation zum Thema Gewichtskontrolle, gesunde und adäquate Ernährung sowie Lebensweise</li> <li>• Medikamentöse Behandlung (z. B. Nikotinersatzpräparate, Bupropion, Vareniclin, etc.)</li> <li>• Vertragsmanagement</li> </ul>
<b>Stabilisierung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entwicklung zu Strategien zur Abstinenzsicherung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risikoprofil: Identifikation, Antizipation und Bewältigung rückfallgefährdenden Situationen</li> <li>• Ablehnungstraining</li> <li>• Rückfallprophylaxe: Transfer in den Alltag, Umgang mit „Ausrutschen“ und/oder Rückfällen, Notfallkarte, etc.</li> </ul>

#### 3.4.2.2. Medikamentöse Intervention - Nikotinersatztherapie

Zur Behandlung einer Tabakabhängigkeit steht ebenfalls eine Vielzahl von pharmakologischen Interventionen zur Verfügung. Eines der am besten untersuchten und effektivsten Medikamente sind die Nikotinersatzpräparate (Fiore, M.C. et al., 2008; Lancaster et al., 2000; Stead, Perera, Bullen, Mant & Lancaster, 2008). Daneben gibt es noch Empfehlungen (Grad A) der AWMF (Batra et al., 2015) für Bupropion, Vareniclin, Naltrexon und weiterer Medikamente bzw. deren Kombination (Vogeler, McClain & Evoy, 2016; Yardley, Mirbaba & Ray, 2015), wenn sich eine leitliniengerecht durchgeführte medikamentöse Behandlung mit einer Nikotinersatztherapie als nicht ausreichend wirksam zeigt. Da es unter der Gabe von Nikotinersatzpräparaten zu weit weniger Nebenwirkungen kommt, wie z. B. unter Bupropion oder Vareniclin, stellt diese medikamentöse Unterstützung auch weiterhin die erste Stufe des Therapiealgorithmus dar (Batra et al., 2015). Aufgrund dieser und den bereits unter 3.4.2. genannten Aspekte wurden für diese Studie Nikotinersatzpräparate verwendet. In Deutschland stehen derzeit folgende Nikotinersatzmittel zur Verfügung: Nikotinkaugummis (2mg & 4mg), Nikotinpflaster (in drei verschiedenen Stärken), Nikotinsublingualtabletten (in Deutschland zugelassen, aber im Handel nicht erhältlich) Nikotinnasenspray, Nikotin-Lutschtabletten sowie Nikotininhaler (in Deutschland zugelassen, aber im Handel nicht erhältlich) (Batra et al., 2006). Die nikotinhaltigen Präparate versorgen den Körper mit Nikotin, ohne dass zusätzlich die durch den Tabakrauch entstandenen gesundheitsschädlichen Stoffe aufgenommen werden, mit dem Ziel Entzugssymptome, Craving (Rauchverlangen) und andere negative Begleiterscheinungen zu minimieren. Ihre Anwendung wird für maximal drei Monate empfohlen, wobei es zu einer stetigen Reduktion der Dosis kommen sollte. Aufgrund der unterschiedlichen Anwendungsart und Wirkungsweise der einzelnen Präparate ist es sinnvoll, jeweils eine individuelle Beratung und Verordnung vorzunehmen (Batra et al., 2006; Fiore, M.C. et al., 2008; Kröger & Piontek, 2011). Eine Über- bzw. Unterdosierung der nikotinhaltigen Präparate kann Nebenwirkungen bzw. Entzugssymptome hervorrufen, die das Rückfallrisiko erhöhen (Batra, 2000; Hays et al., 1999).

Zur Substitution werden in der Regel Nikotinpflaster eingesetzt. Sie ermöglichen einen gleichmäßigen Wirkungsspiegel, was zum einen das Aufkommen von Entzugssympto-

men verhindern und zum anderen die Nikotinwirkung und das bisherige Suchtverhalten entkoppeln sollen. Zur akuten Linderung von Entzugssymptomen und zum Schutz vor Rückfällen in belastenden Situationen bieten sich hingegen die schneller wirkenden Medikamente in Form von Nikotinkaugummis, -tabletten, -nasalspray und -inhaler an. Insbesondere starken Rauchern wird eine Kombination aus beiden Präparaten empfohlen (Buchkremer & Batra, 2009; Fiore, M.C. et al., 2008).

Die Wirksamkeit der Nikotinersatztherapie (NET) wurde in zahlreichen Metaanalysen untersucht und bestätigt. Je nach Präparat und Anwendungsdauer stieg die Abstinenzwahrscheinlichkeit um den Faktor 1.5 bis 2.0 (Stead et al., 2008).

#### 3.4.2.3. Besondere Aspekte der Raucherberatung und -entwöhnung bei stationären Patienten mit komorbider Suchterkrankung

Obgleich sich immer mehr Studien für eine Raucherberatung und -entwöhnung bei Patienten mit multiplen Substanzstörungen aussprechen, ist die Frage nach dem konkreten Zeitpunkt dieser Intervention noch nicht eindeutig geklärt (Kodl, Fu & Joseph, 2006). Für die parallele Therapie sprechen unter anderem die gesundheitliche Bedeutung der Tabakabstinenz, Vermeidung von Suchtverlagerung sowie mögliche synergistische Therapieeffekte, die eine anhaltende Abstinenz von allen entwöhnten Substanzen erhöhen. Darüber hinaus lässt sich die Raucherberatung und -entwöhnung leicht in das stationäre Entwöhnungsprogramm integrieren (Informationsgruppe, NET) und der Patient muss nach Abschluss der ersten Therapie nicht erneut motiviert und mobilisiert werden (Batra, Niethammer, Mänz & Peukert, 2011; Kalman et al., 2001; Prochaska, J. J. et al., 2004). Andere Forschergruppen kommen mit ihren Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass die Tabakentwöhnung erst nach erfolgreicher Abstinenz von den anderen Substanzen erfolgen sollte um die Patienten möglicherweise nicht zu überfordern oder den Entzug von der primären Suchterkrankung nicht zu gefährden (Hughes, 1993; Joseph, Willenbring, Nugent & Nelson, 2004).

Eine weitere, wesentliche Rolle bei der Umsetzung und dem Erfolg der parallelen Therapie spielt die Einstellung und Motivation der Patienten. Bei knapp der Hälfte besteht die Befürchtung, dass die gleichzeitige Therapie zu schwierig sein und damit die Abstinenz gefährden könnte oder sie nicht überzeugt sind, ohne das Rauchen der anderen

Substanz erfolgreich entsagen zu können (Asher et al., 2003). Demensprechend wäre es notwendig und sinnvoll, den Patient abhängig von seinem Motivationsstatus (siehe auch 2.2.2.) zu behandeln (DiClemente, C. C. et al., 1991). Neben einer Kurzintervention haben sich auch Informationsgruppen zur Raucherberatung und -entwöhnung in Kombination mit Nikotinersatztherapie bewährt (Batra et al., 2015; Batra et al., 2006). Die Mehrheit der Patienten begegnet einer Raucherberatung und -entwöhnung mit Interesse (Clarke et al., 2001; Nahvi et al., 2006).

Ähnliche Bedenken und Haltungen finden sich auch immer wieder beim Klinikpersonal. Sie befürchten Problemen bei der Einführung und Umsetzbarkeit der Raucherentwöhnung in das aktuelle Therapieprogramm und damit verbunden geringere Erfolgsaussichten, eine mögliche Beeinträchtigung der Entwöhnung sowie mangelndes Interesse oder Überforderung der Patienten (Bobo, Slade & Hoffman, 1995; Fuller et al., 2007; Sees & Clark, 1993). Aufgrund dessen ist eine gute Aufklärung und Schulung des Personals für die Umsetzbarkeit und den Erfolg der parallelen Therapie unerlässlich (Prochaska, J. J., Fromont & Hall, 2005).

### 3.5. Zusammenfassung und Zielsetzung

Angeichts der in den vorangegangenen Kapiteln dargestellten Themen - Diagnose, Entwicklung und Verlauf von Abhängigkeitserkrankungen sowie Epidemiologie, Ätiopathogenese, Morbidität und therapeutische Möglichkeiten der Komorbidität von Tabakabhängigkeit und einer weiteren Suchterkrankung - scheint sich die Mehrheit der Kliniken und Forscherteams einig zu sein, dass die Raucherberatung und -entwöhnung bei Suchtpatienten ebenfalls im Fokus der Behandlung stehen sollte (Batra & Buchkremer, 2001; Prochaska, J. J. et al., 2004). Die nationalen und internationalen Leitlinien (American Psychiatric Association, 2006; Batra et al., 2015; Batra et al., 2006; Fiore, M.C. et al., 2008) empfehlen, dass Patienten mit Tabakabhängigkeit und einer weiteren Abhängigkeitserkrankung stationär von allen psychotropen Substanzen parallel entwöhnt werden sollten. Die Raucherberatung und -entwöhnung sollte dabei multimodal gestaltet sein, die sich aus verhaltenstherapeutischen und medikamentöser Therapie zusammensetzt. Obgleich in diesem Bereich bereits Fortschritte erzielt wur-

den, bedarf es weiterhin noch der Erarbeitung und Evaluation von therapeutischen Konzepten, um langfristige Abstinenzraten zu erzielen.

Die allgemeinspsychiatrische Station mit dem Schwerpunkt Abhängigkeitserkrankungen (Station C4) der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München begann 2009 ein Raucherentwöhnungsprogramm als festen Therapiebaustein in ihr Therapiekonzept aufzunehmen. Im Rahmen einer Pilot-Studie konnten erste positive Effekte zur Akzeptanz nachgewiesen werden. Im Bezug auf die Wirksamkeit der therapeutischen Interventionen zeigten sich nur bedingt positive Ergebnisse (Pottmeyer, 2014). Aufgrund dieser beschriebenen Vorerfahrungen wurde begonnen das bereits auf Station angewandte Rauchfrei-Programm zur Raucherberatung und -entwöhnung weiterzuentwickeln und zu manualisieren.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist zum einen die Weiterentwicklung bzw. Erstellung sowie Implementierung eines wissenschaftlich fundierten verhaltenstherapeutischen Therapiemanuals zur Raucherberatung und -entwöhnung bei stationären Patienten mit komorbider Suchterkrankung. Zum anderen wird untersucht, ob das Rauchfrei-Programm im Rahmen des qualifizierten Entzuges der primären Abhängigkeitserkrankung umsetzbar ist, von den Patienten akzeptiert wird und welche Auswirkungen es auf die Motivation und das Rauchverhalten hat.

## 4 Fragestellungen

Im Folgenden werden die Fragestellungen dieser Arbeit dargestellt. Sie befassen sich mit der Evaluation des Rauchfrei-Programms *Rethink your Smoking*. Das neu entwickelte Interventionsprogramm soll hier hinsichtlich seiner Umsetzbarkeit, Akzeptanz und Wirksamkeit überprüft werden. Vor dem Hintergrund der bisher dargestellten theoretischen Überlegungen werden für die Studie folgende Fragestellungen formuliert:

Die erste Fragestellung untersucht die Umsetzbarkeit bzw. die Menge der Umsetzbarkeit des Rauchfrei-Programms *Rethink your Smoking*, welches ein wesentliches Kriterium der Prozessevaluation darstellt.

### Fragestellung 1:

Ist das Rauchfrei-Programm *Rethink your Smoking* zur Raucherberatung und -entwöhnung bei tabakabhängigen Patienten mit einer weiteren Suchterkrankung auf der Akutsuchtstation umsetzbar? Anhand folgender detaillierter Fragestellungen soll dies untersucht werden:

- 1.1. Können die Inhalte des Rauchfrei-Programms in den Kursstunden durchgeführt werden?
- 1.2. Können die Inhalte der Kursstunden sowie der Einzelberatung in der vorgegebenen Zeit durchgeführt werden?
- 1.3. Können sich die Kursleiter bei der Intervention gut am Manual orientieren?

Die zweite Fragestellung bezieht sich auf die Akzeptanz des Rauchfrei-Programms *Rethink your Smoking* seitens der Patienten und seitens der Kursleiter sowie die Güte der Umsetzung, welche sich als weitere wesentliche Kriterien der Prozessevaluation erweisen.

**Fragestellung 2:**

Wird das Rauchfrei-Programm *Rethink your Smoking* akzeptiert?

- a) Seitens der Patienten
- b) Seitens der Kursleiter

***a) Seitens der Patienten***

- 2.1.1. Arbeiten die Patienten in den Kursstunden und in der Einzelberatung konzentriert mit?
- 2.1.2. Wie bewerten die Patienten ihre eigene Mitarbeit/Motivation?
- 2.1.3. Wie bewerten die Patienten die Einzelinhalte sowie die Kursstunden und die Einzelberatung insgesamt?
- 2.1.4. Wie bewerten die Patienten bei Entlassung das Rauchfrei-Programm?
- 2.1.5. Werden die Inhalte der Kursstunden und der Einzelberatung von den Patienten als gut verständlich, sinnvoll/gewinnbringend und interessant bewertet?

***b) Seitens der Kursleiter***

- 2.2.1. Wie bewerten die Kursleiter die Mitarbeit/Motivation der Patienten?
- 2.2.2. Wie bewerten die Kursleiter die Einzelinhalte sowie die Kursstunden und die Einzelberatung insgesamt?
- 2.2.3. Werden die Inhalte der Kursstunden und der Einzelberatung von den Kursleitern als gut verständlich, sinnvoll/gewinnbringend und interessant bewertet?

Die dritte Fragestellung befasst sich mit der Wirksamkeit des Rauchfrei-Programms *Rethink your Smoking*. Dieses erweist sich als wirksame Intervention, wenn es bei den Patienten der Experimentalgruppe zu einer Veränderung der Motivation/Einstellung gegenüber dem Rauchen und/oder zu einer Veränderung des Rauchverhaltens in Richtung Reduktion oder Abstinenz des Tabakkonsums kommt.



**Fragestellung 3:**

Erweist sich das Rauchfrei-Programm *Rethink your Smoking* als wirksame Intervention?

- 3.1. Wie wirkt sich während des stationären Aufenthaltes das Rauchfrei-Programm auf die Motivation der Patienten in der Experimentalgruppe hinsichtlich der Änderung ihres Rauchverhalten aus? Besteht dabei ein Unterschied zur Kontrollgruppe?
- 3.2. Wie wirkt sich während des stationären Aufenthaltes das Rauchfrei-Programm auf das Rauchverhalten der Patienten in der Experimentalgruppe aus? Besteht dabei ein Unterschied zur Kontrollgruppe?

## 5 Methodik und Material

In dem folgendem Kapitel wird das methodische Vorgehen dieser Arbeit erläutert. Auf eine kurze Einführung in die Grundlagen und Vorerfahrungen folgt die Beschreibung der Erstellung des Rauchfrei-Programms *Rethink your Smoking*. An die Darstellung der Implementierung schließt sich eine ausführliche Deskription der Evaluation an. Abschließend wird die statistische Auswertung kurz erläutert.

### 5.1. Grundlage und bisherige Erfahrungen

Im Jahr 2007 beschloss die allgemeinspsychiatrische Station mit dem Schwerpunkt Abhängigkeitserkrankungen (Station C4) der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München die Raucherberatung und -entwöhnung als festen Therapiebaustein in ihr Konzept aufzunehmen. Demnach erhielt jeder Patient, der während seines stationären Aufenthaltes seinen Tabakkonsum reduzieren (*harm reduction*) oder ihn beenden wollte, Nikotinersatzpräparate. Dies erfolgte unter der Betreuung der hausinternen Tabakambulanz und deren Ausgabe nach den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Batra et al., 2006), nach den Guidelines der American Psychiatric Association (APA) (2006) und nach den Guidelines für Raucherentwöhnung nach Fiore und Kollegen (2008).

Im Jahre 2009 wurde begonnen eine Rauchfrei-Gruppe im Rahmen des Suchtprogramms auf der Akutstation zu implementieren. Als Grundlage für die Durchführung dieser Intervention diente eine inhaltlich und zeitlich verkürzte Form des Rauchfrei-Programms *Kompaktversion (Trainermanual)* des Institutes für Therapieforschung (IFT) von Frau Dr. Sabine Gradl und Herrn Dr. Christoph Kröger (2008). Hierbei handelt es sich um ein bereits wissenschaftlich evaluiertes, evidenzbasiertes Manual.

In Tabelle 4 werden das Rauchfrei-Programm *IFT-Kompaktversion* (Gradl & Kröger, 2008) und die modifizierte *Version Akutstation* (Gradl & Rütger, unveröffentlicht) gegenübergestellt.

Tabelle 4: Gegenüberstellung der Rauchfrei-Programme *Kompaktversion* (Gradl & Kröger, 2008) und der *Version Akutstation* (Gradl & Rütger, unveröffentlicht)

	<b>Zeitlicher Ablauf</b>	<b>Inhaltlicher Ablauf</b>
<b>IFT-Kompaktversion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zeitraum: 3 Wochen</li> <li>• 1 Gruppenstunde à 180 Minuten/Woche</li> <li>• 2 Telefontermine à 10 Minuten in der 2. und 3. Woche</li> </ul>	<p><u>Phase 1:</u> Vorbereitung der Abstinenz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1. Kurstermin: Rauchen und rauchfreies Leben sowie die Ambivalenz des Rauchens</li> <li>• 2. Kurstermin: Denkfehler des Rauchens sowie Alternativen zum Rauchen, inklusive Rauchstopp</li> </ul> <p><u>Phase 2:</u> Stabilisieren der Abstinenz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1. Telefontermin: Individuelle Telefonberatung</li> <li>• 3. Kurstermin: Erfahrungen mit dem Rauchstopp, Identität als rauchfreie Person sowie Rück- und Vorschau</li> <li>• 2. Telefontermin: Individuelle Telefonberatung</li> </ul>
<b>Version Akutstation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zeitraum: 3 Wochen</li> <li>• 1 Gruppenstunde à 60 Minuten/Woche</li> <li>• 1 Einzelberatung à 10 Minuten nach fakultativer Reduktion oder Stopp des Tabakkonsums</li> </ul> <p>→ Die Teilnahme an der Gruppe ist zu jedem Zeitpunkt möglich.</p>	<p><u>Gruppenstunden:</u> Aufbau von Ambivalenz und Motivation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1. Kurstermin: Rauchen und rauchfreies Leben</li> <li>• 2. Kurstermin: Argumente Pro-Rauchen und Pro-Rauchfrei</li> <li>• 3. Kurstermin: Funktion des Rauchens sowie Rück- und Vorfall</li> </ul> <p><u>Einzelberatung:</u> Vorbereitung und Stabilisieren der Reduktion bzw. des Rauchstopps</p>

Die Einführung des Rauchfrei-Programms *Version Akutstation* erfolgte im Rahmen einer Pilotstudie. Dabei war die Teilnahme an den Gruppenstunden für alle rauchenden Patienten der Station verpflichtend. All jene Patienten, welche den Wunsch äußerten, während des stationären Aufenthaltes ihren Tabakkonsum reduzieren oder einen Rauchstopp durchführen zu wollen, konnten zusätzlich einen Einzelberatungstermin in Anspruch nehmen (Pottmeyer, 2014).

Anhand von standardisierten Fragebögen wurde die Akzeptanz, der Einfluss von Prädiktoren sowie die Wirksamkeit des Rauchfrei-Programms bzw. der verhaltenstherapeutischen Interventionen erhoben und erste klinische Erfahrungen gesammelt. Während die Ergebnisse eine gute Akzeptanz des Programms seitens der Patienten sowie der Kursleiter zeigten, ergaben sich für die Wirksamkeit der therapeutischen Interventionen nur bedingt positive Effekte (Pottmeyer, 2014). Eine mögliche Erklärung für die zum Teil nur bedingt positive Datenlage sieht die Autorin u. a. im zeitlichen Ablauf der Intervention. Auf der hiesigen Akutstation wird der qualifizierte Alkoholzug in einem Zeitraum von durchschnittlich zwei Wochen vollzogen. Da aber das Rauchfrei-Programm *Version Akutstation* (Gradl & Rüther, unveröffentlicht) auf drei Wochen angelegt ist, konnte ein Teil der alkoholabhängigen Patienten nicht an allen Stunden teilnehmen.

Aufgrund dieser beschriebenen Vorerfahrungen wurde begonnen, das bereits auf Station angewandte Rauchfrei-Programm zur Raucherberatung und -entwöhnung weiterzuentwickeln und zu manualisieren sowie als festen Therapiebaustein in das vierzehntägige Suchtprogramm auf der Akut-Suchtstation aufzunehmen.

## 5.2. Erstellung des Rauchfrei-Programms *Rethink your Smoking* (siehe Anhang 10.1.)

Unter Berücksichtigung der oben beschriebenen Ergebnisse und der klinischen Erfahrungen der vorangegangenen Studie wurde das Rauchfrei-Programm *Version Akutstation* (Gradl & Rüther, unveröffentlicht) überarbeitet. Als Vorlage diente ebenfalls das Rauchfrei-Programm (*Kompaktversion, Trainermanual*) des Institutes für Therapiefor-

schung (IFT) von Dr. Sabine Gradl und Dr. Christoph Kröger (2008) und wurde in folgenden Aspekten verändert:

**a) *Manualisierung***

Bei dem Rauchfrei-Programm *Kompaktversion* des IFT (Gradl & Kröger, 2008) handelt es sich um ein Trainermanual, welches eine detaillierte Beschreibung der Umsetzung sowie der Durchführung des Rauchfrei-Programms beinhaltet. Dementsprechend wurde das Rauchfrei-Programm *Rethink your Smoking* ebenfalls gestaltet. Für jedes Kurselement wird genau ausgeführt, was der Kursleiter sagen und wie er sich dabei verhalten soll. Die *kursiv* gedruckten Textpassagen sollen so wörtlich wie möglich, aus dem Manual vorgetragen werden. Sie dienen als Beispielformulierung. Die Unterstreichungen heben noch einmal die wichtigsten Aspekte hervor, die in der Kursstunde zu nennen sind. Sie stellen eine Art Leitfaden dar. Dennoch kann und soll der Kursleiter bei der Präsentation seine Persönlichkeit und sein Temperament mit einbringen.

Dies ermöglicht es Ärzten, Psychotherapeuten, Psychologen, dem Pflegepersonal oder weiteren Fachkräften sich ohne aufwändige Schulungen in das Manual einzuarbeiten und das Programm durchzuführen.

**b) *Aufbau und zeitlicher Ablauf***

Die durchschnittliche Behandlungsdauer eines qualifizierten Entzuges von Alkohol auf einer allgemeinspsychiatrischen Station mit Schwerpunkt Abhängigkeitserkrankungen beträgt etwa zwei Wochen. Aufgrund dessen wurde das Programm zur Raucherberatung und -entwöhnung anstelle von drei Wochen für einen Zeitraum von zwei Wochen angelegt und durchgeführt. Dabei findet wöchentlich eine einstündige Informations- und Therapiegruppe statt. All jene Patienten, welche den Wunsch äußern, während des stationären Aufenthaltes ihren Tabakkonsum reduzieren oder einen Rauchstopp durchführen zu wollen, werden zusätzlich ein Einzeltermin für eine Beratung angeboten. Die Teilnahme ist für alle rauchenden Patienten im Rahmen des Therapiekonzeptes verpflichtend und zu jedem Zeitpunkt möglich (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Zusammenfassung des Inhalts des Rauchfrei-Programms *Rethink your Smoking* (siehe Anhang 10.1.)

	Zeitlicher Ablauf	Inhaltlicher Ablauf
<b>Rethink your Smoking</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zeitraum: 2 Wochen</li> <li>• 1 Gruppenstunde à 60 Minuten/Woche</li> <li>• 1 Einzelberatung à 20 Minuten nach fakultativer Reduktion oder Stopp des Tabakkonsums</li> </ul> <p>→ Die Teilnahme an der Gruppe ist zu jedem Zeitpunkt möglich.</p>	<p><u>Gruppenstunden:</u> Aufbau von Ambivalenz und Motivation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1. Kurstermin: Rauchen und rauchfreies Leben sowie Funktion des Rauchens</li> <li>• 2. Kurstermin: Argumente Pro-Rauchen und Pro-Rauchfrei</li> </ul> <p><u>Einzelberatung:</u> Vorbereitung und Stabilisieren der Reduktion bzw. des Rauchstopps</p>

### c) *Inhalt des Rauchfrei-Programms*

Der Inhalt des Rauchfrei-Programms teilt sich in zwei Phasen – in die Gruppenstunden und die Einzelberatung. Das Ziel der beiden einstündigen Informations- und Therapiegruppen ist es, die Ambivalenz sowie die Motivation für ein rauchfreies Leben zu entwickeln und zu verstärken. Hierbei kommen auch diagnostische Elemente zum Einsatz. Entscheidet sich ein Patient für eine Reduktion oder einen Rauchstopp, folgt im Einzelgespräch die Vorbereitung und die Stabilisierung der Reduktion bzw. der Abstinenz.

Im Einzelnen ergeben sich folgende Inhaltspunkte für die Kursstunden:

#### *Kursstunde 1:*

1. Begrüßung und Information über Sinn und Zweck des Rauchfrei-Programms
2. Erläuterung und Aushändigen des Fragebogens zur Ermittlung des Schweregrades der körperlichen Nikotinabhängigkeit - *Fagerström Test for Nicotine Dependence* (Heatherton et al., 1991), deutsche Übersetzung – an neue Patienten
3. Auswertung der Registrierkarten und Erfahrungsaustausch bereits registrierender Patienten
4. Vorstellungsrunde neuer Patienten: Besprechung des Fagerström-Tests
5. Vortrag „Rauchen und rauchfrei leben“

6. Nikotinersatztherapie: Aufklärung über das Angebot der Vergabe von Nikotinersatzpräparaten gemäß der Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Batra et al., 2006) nach den Guidelines der APA (2006) und nach den Guidelines für Raucherentwöhnung nach Fiore et al. (2008).
7. Erläuterung der Registrierkarte (Hautzinger, 2005).
8. Verabschiedung
9. Vereinbarung eines Einzelberatungstermins, wenn von Patienten eine Reduktion oder ein Stopp des Tabakkonsums gewünscht wird

#### *Kurstunde 2:*

Diese Stunde ist, bis auf Punkt 4, im Ablauf mit der *Kurstunde 1* identisch. Anstelle des Vortrages werden gemeinsam mit den Patienten Argumente „Pro-Rauchen und Pro-Rauchfrei“ gesammelt.

#### *Einzelberatung:*

In Anlehnung an das Rauchfrei-Programm *IFT-Kompaktversion* (Gradl & Kröger, 2008) wurde die individuelle Einzelberatung modifiziert und ausführlicher manualisiert. Wie auch für die Kursstunden, beinhaltet das Skript eine Anleitung zur Durchführung der Einzelberatung, in der Aussagen und Verhalten des Kursleiters genau beschrieben werden. Der Schwerpunkt liegt neben der Diagnostik und Motivationssteigerung auf der Modifikation des Rauchverhaltens.

In der Einzelberatung wird mit dem Patient gemeinsam geklärt, in welcher Form er seinen Tabakkonsum verändern möchte und die für ihn passenden Therapiemöglichkeiten aufgezeigt. Neben verhaltenstherapeutischen Interventionen, die bei der Reduktion bzw. dem Rauchstopp unterstützen sollen (siehe Anhang 10.2.5.: Handout) wird die Möglichkeit der Nikotinersatztherapie (NET) angesprochen. Wenn sich Kursleiter und Patient für eine NET aussprechen, so wird Präparat und Dosierung ausgewählt und vom Kursleiter an das medizinisch betreuende Personal weitergereicht (siehe Anhang 10.2.4.: Therapievorschlag). Des Weiteren hat der Patient nochmals die Möglichkeit Fragen zu stellen (siehe auch Anhang 10.1.: Kursleitermanual, S.66f). Abschließend

wird die gewünschte weitere Vorgehensweise nach Entlassung besprochen und ein Handout mit den wichtigsten Informationen ausgehändigt.

Im Einzelnen ergeben sich folgende Inhaltspunkte für die Einzelberatung:

1. Begrüßung und Einleitung
2. Dokumentationsbogen, Registrierkarten und Kohlenmonoxid-Messung
  - 2.1. Anamnestische Fragen
  - 2.2. Zielvereinbarung
  - 2.3. Ausarbeitung des Therapievorschlages
    - 2.3.1. Kombinationstherapie
    - 2.3.2. Auswahl des Präparates
    - 2.3.3. Nikotinersatzmenge
    - 2.3.4. Therapievorschlag
  - 2.4. Vorbesprechung Reduktion/Rauchstopp
    - 2.4.1. Reduktion
    - 2.4.2. Rauchstopp
  - 2.5. Wie geht es weiter? (Handout)
  - 2.6. Information Ärzte und Pflegepersonal
3. Mögliche Fragen seitens der Patienten zu Rauchen und Körpergewicht

Neben zeitlichen sowie inhaltlichen Abwandlungen wurden auch sprachliche Veränderungen vorgenommen. Zum einen wurden Fachausdrücke oder Fremdwörter durch einfachere Formulierungen ersetzt. Zum anderen wurden einzelne Inhaltspunkte mehr auf das Setting einer allgemeinspsychiatrischen Station mit Schwerpunkt Abhängigkeitserkrankungen zugeschnitten. Während das Rauchfrei-Programm *Kompaktversion* des IFT (Gradl & Kröger, 2008) für Personen im ambulanten Setting und in der Regel ohne weitere Abhängigkeits- oder psychische Erkrankung angeboten wird, greift das Rauchfrei-Programm *Rethink your Smoking* speziell auch das Thema des multiplen Substanzgebrauch auf.



### 5.3. Implementierung des Rauchfrei-Programms *Rethink your Smoking*

#### 5.3.1. Einführung auf der Station C4

Die Implementierung des neuen Rauchfrei-Programmes begann im Mai 2010. Hierfür wurde das Programm als fester Therapiebaustein in das bereits bestehende Suchtprogramm integriert. Unabhängig von der Teilnahme an der Studie, war die Gruppe für alle rauchenden Patienten verpflichtend. Patienten, die bereits beide Kursstunden besucht hatten, mussten weiter an der Gruppenstunde teilnehmen. Als Kursleiter fungierten neben meiner Person noch zwei weitere Doktorandinnen der Medizin, die in das Programm und die Studie eingearbeitet wurden. Darüber hinaus wurde das Personal der Station C4 über den Inhalt sowie Ablauf informiert und instruiert.

#### 5.3.2. Durchführung der Intervention

##### 5.3.2.1. Studiendesign

Zur Evaluierung des modifizierten verhaltenstherapeutischen Therapiemanuals zur Raucherberatung und -entwöhnung *Rethink your Smoking* bei stationären Patienten mit komorbider Suchterkrankung wurde eine quasi-experimentelle Studie mit Kontrollgruppendesign konzipiert (siehe Abbildung 5). Dabei handelte es sich um keine Medikamentenstudie. Auf der Akutstation mit dem Schwerpunkt Abhängigkeitserkrankungen werden seit 2007 routinemäßig tabakabhängigen Patienten nikotinhaltige Präparate angeboten, wenn sie den Tabakkonsum reduzieren möchten. Dabei werden die Nikotinersatzpräparate nach den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Batra et al., 2006), nach den Guidelines der APA (2006) und nach den Guidelines für Raucherentwöhnung nach Fiore, M.C. et al. (2008) angeordnet. Die Evaluation richtete sich demnach nur auf das verhaltenstherapeutische Therapieprogramm.

Die Patienten der Kontrollgruppe erhielten keine verhaltenstherapeutische Intervention und wurden lediglich über die routinemäßige Vergabe von Nikotinersatzpräparaten aufgeklärt, sofern sie ihren Tabakkonsum reduzieren bzw. einstellen wollten. Die Patienten der Experimentalgruppe hingegen erhielten wöchentlich eine einstündige Informations- und Therapiegruppe. All jenen Patienten der Experimentalgruppe, welche den Wunsch äußerten, während des stationären Aufenthaltes ihren Tabakkonsum reduzieren oder

einen Rauchstopp durchführen zu wollen, wurde zusätzlich ein Einzeltermin für eine Beratung angeboten. Das Programm wurde abwechselnd von den drei Kursleitern durchgeführt, die sowohl mit dem Trainermanual als auch mit dem Setting vertraut waren. Von allen Patienten, die sich bereit erklärten an der Studie teilzunehmen, wurden zu folgenden vier Messzeitpunkten Daten erhoben:

- **t0** zum Zeitpunkt der Aufnahme in das stationär-psychiatrische Setting (**Prätest**)
- **t1** bei Entlassung aus dem stationär-psychiatrischen Setting (**Posttest**)
- **t2** drei Monate nach deren Entlassung (**Katamnese**) sowie
- **t3** sechs Monate nach deren Entlassung aus dem stationären-psychiatrischen Setting (**Katamnese**)

Die Patienten der Experimentalgruppe erhielten zusätzlich nach jeder Kursstunde und gegebenenfalls nach der Einzelberatung einen Fragebogen. Die Kursleiter wurden nach jeder Kursstunde und Einzelberatung befragt.

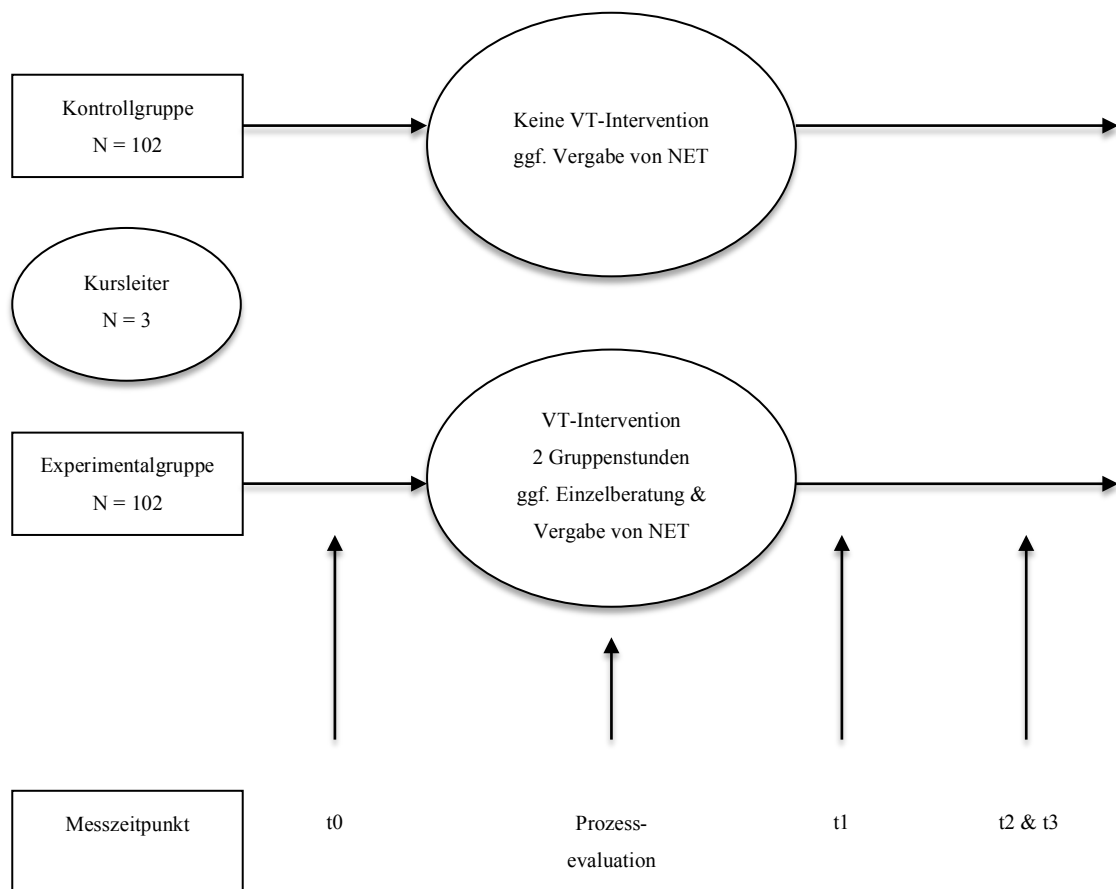


Abbildung 5: Studiendesign

#### 5.3.2.2. Stichprobe

Die Rekrutierung der tabakabhängigen Patienten erfolgte aus der Patientenpopulation, die sich von Juni 2010 bis September 2011 auf der Akutsuchtstation der Klinik in der Entwöhnungstherapie befanden. Während dieses Zeitraums wurde alle drei Monate zwischen Experimental- und Kontrollgruppe gewechselt. Eine kontrollierte Randomisierung konnte aufgrund von strukturellen und personellen Gegebenheiten nicht erfüllt werden. So erfolgte die quasi-randomisierte (alternierende) Zuteilung zu der aktuell bestehenden Experimental- bzw. Kontrollgruppe der Studie in Abhängigkeit des Aufnahmezeitpunktes.

Um an der Studie teilnehmen zu können, musste der Patient folgende Einschlusskriterien erfüllen:

- (a) Suchterkrankung nach ICD-10 (Dilling et al., 2011)
- (b) Raucher (FTND  $\geq 0$ )
- (c) stationärer Aufenthalt zur qualifizierten, körperlichen Entgiftung sowie
- (c) informiertes und schriftliches Einverständnis.

Von der Studie ausgeschlossen wurden all jene Patienten, die

- (a) unter 18 Jahre waren oder
- (b) bereits früher an einer Intervention des Rauchfrei-Programms teilgenommen haben.

#### 5.3.2.3. Untersuchungsablauf

Unter Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien wurde jeder Patient nach der stationären Aufnahme von einem Kursleiter über die Studie informiert und um seine freiwillige Teilnahme gebeten. Dieses Gespräch beinhaltete zum einen Informationen über die Ziele, den Umfang und den Ablauf der Untersuchung. Zum anderen wurde der Patient über die Erhebung, Speicherung und anonymisierte Veröffentlichung der erhobenen Daten sowie die Einhaltung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht aufgeklärt. Erklärte sich der Patient bereit an der Studie teilzunehmen, füllte er den Prätest (t0) mit der anhängenden Patienteninformation und Einwilligungserklärung aus. Letztere beinhaltete neben der Unterschrift zur Einwilligung in die Studie noch zusätzlich die Telefonnummer für die telefonische Nachbefragung (Katamnese).

Auch im weiteren Untersuchungsablauf füllte jeder Teilnehmer den Fragebogen im Beisein eines Kursleiters aus, um mögliche sprachliche und inhaltliche Verständnisfragen zu beantworten oder fehlende Items gleich nachtragen zu lassen.

Unabhängig von der Länge des stationären Aufenthaltes und des Entlassungsgrundes (regulär, disziplinarisch oder frühzeitig) erhielt jeder an der Studie teilnehmende Patient unmittelbar vor Verlassen der Station den Posttest (t1).

Die telefonische Katamnese erfolgte drei (t2) und sechs (t3) Monate nach der Entlassung des Patienten. In einem Zeitraum von zwei Wochen kontaktierte ein Kursleiter bis zu drei Mal den Teilnehmer. Während des Telefonats wurden die Fragen und die dazu-

gehörigen Antwortmöglichkeiten aus dem Katamnese-Fragebogen vorgelesen und die Antwort jedes Patienten notiert. Konnte der Teilnehmer während der zwei Wochen drei Mal nicht erreicht werden oder wollte nicht mehr befragt werden, wurde er für den jeweiligen Messzeitpunkt nicht berücksichtigt.

#### 5.3.2.3.1. Experimentalgruppe

Wie bereits unter 5.2. und unter 5.3.2.1. angeführt, fand während der Experimentalbedingung einmal pro Woche eine einstündige Informations- und Interventionsgruppe statt, die nach dem Rauchfrei-Programm *Rethink your Smoking* durchgeführt wurde. Alle Patienten die an der Studie teilnahmen, erhielten kurz vor Beginn ihrer ersten Kursstunde den Fagerström-Test (Heatherton et al., 1991), mit dem die Stärke ihrer körperlichen Abhängigkeit gemessen wurde (siehe Anhang 10.2.1.). Während der Stunde wurde dieser mit den Patienten in der Gruppe besprochen. Am Ende jeder Kurseinheit beurteilten die Teilnehmer wie auch der Kursleiter die Stunde anhand eines Fragebogens (siehe Anhang 10.4.2. - 10.4.5.). Des Weiteren hatte jeder Studienpatient die Möglichkeit einen Termin für eine Einzelberatung zu vereinbaren, wenn er seinen Tabakkonsum reduzieren oder einstellen wollte. Ebenso wie die Kursstunden wurde die Einzelberatung sowohl von dem Patient als auch von dem jeweiligen Kursleiter anhand eines Fragebogens evaluiert (siehe Anhang 10.4.6. & 10.4.7.).

Die Durchführung der Gruppenstunden und Einzelberatung wurde im regelmäßigen Wechsel von meiner Person und den zwei Medizinstudentinnen durchgeführt.

#### 5.3.2.3.2. Kontrollgruppe

Im Gegensatz zu den Teilnehmern der Experimentalgruppe erhielten alle Patienten der Kontrollbedingung wie auch alle anderen rauchenden Patienten keine verhaltenstherapeutische Intervention. Jede Woche erfolgte eine etwa fünfzehnminütige Informationsgruppe, in der sie über die routinemäßige Vergabe von Nikotinersatzpräparaten aufgeklärt wurden. Sofern ein Patient seinen Tabakkonsum reduzieren bzw. einstellen wollte, erfolgte eine fünfminütige Besprechung mit dem Kursleiter, in der die Anzahl der zu reduzierenden Zigaretten und die Art und Verwendung der Nikotinersatzpräparate für die Dauer seines stationären Aufenthaltes besprochen wurde. Abschließend füllte der

Kursleiter den Therapievorschl ag (siehe Anhang 10.2.4.) für den jeweiligen Patienten aus. Das Angebot erhielten alle Patienten unabhängig von ihrer Studienteilnahme.

#### 5.4. Evaluation

Zur Evaluation der vorliegenden Studie und deren Fragestellungen wurden Fragebögen verwendet. Als Vorlage dienten die Erhebungsinstrumente der vorangegangenen Arbeit (Pottmeyer, 2014) und der Dissertation von Frau Dr. Sabine Gradl (2007). In folgenden Punkten wurden diese überarbeitet und modifiziert:

##### ***Vergleichbarkeit:***

Um die Daten zwischen der Experimental- und Kontrollgruppe sowie zu den verschiedenen Messzeitpunkten besser vergleichen zu können, wurden gewisse Items einheitlich formuliert und zu den verschiedenen Messzeitpunkten t0 (Pr etest), t1 (Posttest), t2 (Katamnese) sowie t3 (Katamnese) wiederholt gestellt (z. B. „Wie gerne wollen sie Nicht-Raucher werden?“). Soweit wie möglich, wurden auch die Antwortskalierung einheitlich gestaltet.

Bei der Entwicklung des Katamnese-Fragebogens für die telefonische Nachbefragung orientierte man sich an dem Prä- und Posttest. Dabei wurden sowohl der Posttest als auch der Katamnese-Fragebogen in die Kategorien „A. Reduktion“, „B. Rauchstopp“ und „C. Unverändertes Rauchverhalten“ untergliedert. Je nach Veränderung des Rauchverhaltens des Patienten wurden nur diejenigen Fragen ausgefüllt, die für ihn zu- trafen. Die Items ab Abschnitt D. wurden wiederum von allen ausgefüllt (siehe Anhang 10.4.8. & 10.4.9.).

Für die Evaluation der Einzelberatung wurde ebenfalls je ein Fragebogen für Patient und Kursleiter erstellt. Bis auf ein paar spezifische Fragen zur Einzelberatung enthalten diese dieselben Fragen wie die Fragebögen zur Beurteilung der Kursstunden.

##### ***Ergänzungen:***

Der Pr etest wurde in Anlehnung an das Statistisches Bundesamt (2004) um soziodemographische Fragen sowie Fragen nach aktuellen Diagnosen ergänzt (siehe Tabelle 6).

Bei den verwendeten Skalen der Fragebögen handelt es sich um evaluierte, standardisierte Messinstrumente, die im Folgenden kurz beschrieben werden. Angaben zu statistischen Kennwerten der einzelnen Fragen sowie zum jeweiligen Hintergrund sind den Arbeiten der Autoren zu entnehmen. Alle die für diese Studie verwendeten Fragebögen befinden sich im Anhang (10.4.).

#### 5.4.1. Patientenfragebögen

In der folgenden Tabelle sind alle Bereiche und deren untergeordneten Konstrukte aufgelistet, die bei den Patienten sowohl in der Experimental- als auch in der Kontrollgruppe im Prä- Post- sowie Katamnese-Fragebogen erfasst wurden.

Die Fragebögen zur Beurteilung der Kursstunden sowie der Einzelberatung durch die Patienten setzen sich aus Items des IFT München (Kröger, Reese, Walden & Kutza, 1999) und aus neu entwickelten Fragen zusammen. Nach jeder Kursstunde und gegebenenfalls Einzelberatung waren dieselben Fragen zu beantworten. Diese erfassen zum einen die Verständlichkeit, den Sinn, den Nutzen, die Motivation, den Wissen- sowie Fertigkeiten-Zuwachs der Patienten. Zum anderen werden nach der Durchführungsgüte, der Motivation und der Akzeptanz aus der Sicht der Patienten gefragt (siehe Anhang 10.4.).

Tabelle 6: Überblick über die Erhebungsinstrumente der Studie für die Patienten

Bereich	Konstrukt	Quelle	Fragebo- gen
<b>Soziodemographi- sche Angaben</b>	Geschlecht	Demographische Standards des Statistisches Bundesamt (2004), adaptierte Form	Prätest
	Alter		
	Schulabschluss		
	Erwerbstätigkeit		
	Familienstand Wohnsituation		
<b>Anamnese</b>	Psychiatrische Diagnose	In eigener Ausarbeitung	Prätest
<b>Rauchgeschichte</b>	Rauchdauer in Jahren	Repräsentativerhebung zum Ge- brauch psychoaktiver Substanzen in Deutschland/REP (Kraus & Augustin, 2001)	Prätest Posttest Katamnese
<b>Rauchverhalten</b>	Rauchware	REP (Kraus & Augustin, 2001);	Prätest Posttest Katamnese
	Menge-Frequenz-Index	Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys (Kraus & Pabst, 2010);	
	Nikotinabhängigkeits- grad	<i>Fagerström Test of Nicotine De- pendence</i> /FTND (Heatherton et al., 1991);	
<b>Änderungsmotiva- tion</b>	Stadium der Verände- rungsbereitschaft	<i>Stages of Change</i> (DiClemente, C. C. et al., 1991), deutsche Übersetzung (Schumann et al., 2003);	Prätest Posttest Katamnese
	Aufhörwille	<i>Want</i> (Sciamanna, Hoch, Duke, Fogle & Ford, 2000), deutsche Übersetzung (Gratl, 2007);	
	Aufhörmotivation	Ergänzung	
	Aufhörwahrscheinlich- keit	<i>Likely</i> (Sciamanna et al., 2000), deutsche Übersetzung (Gratl, 2007);	
<b>Tabakentwöh- nungs- erfahrung</b>	Aufhörversuche	IFT München (Bühler, Kröger & Nowotny, 2004);	Prätest Posttest Katamnese
	Aufhörmethoden	REP (Kraus & Augustin, 2001);	
	Wissensstand/Fertigkei- ten zu Tabakabhängig- keit & -entwöhnung	IFT München (Bühler et al., 2004);	
	Erfahrung & Interesse an NET	IFT München (Bühler et al., 2004)	



#### 5.4.2. Kursleiterfragebögen

Die Befragung der Kursleiter erfolgte nach jeder Kursstunde und Einzelberatung mittels des Kursleiterfragebogens. Die dafür verwendeten Items wurden aus der Arbeit von Frau Dr. Gradl (2007) entnommen und in der vorliegenden Studie in modifizierter Weise verwendet. Nach jeder Kursstunde bzw. Einzelberatung waren dieselben Fragen zu beantworten. Der Kursleiterfragebogen erfasst die Durchführungsmenge, die Durchführungsgüte und die Akzeptanz der Kursstundeninhalte aus der Sicht des Kursleiters (siehe Anhang 10.4.).

#### 5.4.3. Für die vorliegende Arbeit relevante Items

Die vorliegende Studie untersucht, ob und inwieweit das Rauchfrei-Programms *Rethink your Smoking* auf einer allgemeinspsychiatrischen Station mit Schwerpunkt Abhängigkeitserkrankungen

- (1) umsetzbar ist,
- (2) akzeptiert wird und
- (3) welche Auswirkungen es auf die Motivation und das Rauchverhalten der Patienten hat.

Aus den mit Hilfe der Fragebögen (siehe Anhang 10.4.) erhobenen Daten werden folgende Items zur Beschreibung der Stichprobe und zur Beantwortung der Fragestellungen herangezogen:

#### **Beschreibung der Stichprobe:**

Anhand der im Prätest erfassten soziodemographischen Daten (Statistisches Bundesamt, 2004) wird die Stichprobe mit folgenden Variablen beschrieben:

- Geschlecht
- Alter
- Familienstand
- Schulabschluss

Neben den demographischen Standards werden auch die psychiatrische Diagnose (in eigener Ausarbeitung), nach dem ICD-10 (Dilling et al., 2011) sowie die Rauchdauer in Jahren (Kraus & Augustin, 2001) zur Beschreibung des Patientenkollektivs herangezogen.

### **Fragenstellungen der Prozessevaluation:**

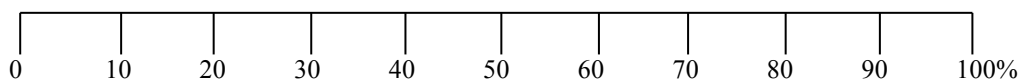
Für die Beantwortung der Fragestellungen wurden zum einen der Prä- und Posttest und zum anderen die Patienten- und Kursleiterfragebögen von Kursstunde 1, Kursstunde 2 sowie der Einzelberatung herangezogen. Nachfolgend wird zu jeder Fragestellung der Fragebogen, inklusive Item-Nummer angegeben. Bei der Fragestellung zur Wirksamkeit werden zum besseren Verständnis zusätzlich die dahinterstehenden Konstrukte und Berechnungen angeführt.

Die erste Fragestellung befasst sich mit der Umsetzbarkeit bzw. der Menge der Umsetzbarkeit des Rauchfrei-Programms *Rethink your Smoking*. Im Folgenden werden zu den Fragen die dazugehörigen Items der Fragebögen angeführt:

- 1.1. Können die Inhalte des Rauchfrei-Programms in den Kursstunden durchgeführt werden?

↳ Kursstunde 1 und 2, Kursleiterfragebogen: Frage 3

**Wie viel Prozent der vorgesehenen Inhalte der heutigen Einheit konnten Sie etwa durchführen?**



- 1.2. Können die Inhalte der Kursstunden sowie der Einzelberatung in der vorgegebenen Zeit durchgeführt werden?

↳ Kursstunde 1, 2 und Einzelberatung, Kursleiterfragebogen: Frage 2

**Die Inhalte waren in der vorgesehenen Zeit gut durchführbar.**

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu                      trifft voll zu

1.3. Können sich die Kursleiter bei der Intervention gut am Manual orientieren?

↳ Kursstunde 1, 2 und Einzelberatung, Kursleiterfragebogen: Frage 1

**Wie stark konnten Sie sich heute am Kursleitermanual orientieren?**

1-----2-----3-----4-----5  
wenig    sehr

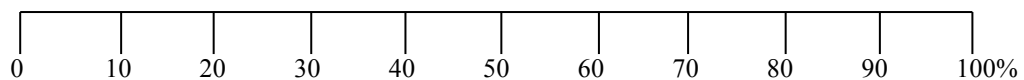
Die zweite Fragestellung untersucht die Akzeptanz des Rauchfrei-Programms *Rethink your Smoking* seitens der Patienten und seitens der Kursleiter sowie die Güte der Umsetzung.

**a) Seitens der Patienten**

2.1.1. Arbeiten die Patienten in den Kursstunden und in der Einzelberatung konzentriert mit?

↳ Kursstunde 1 und 2, Kursleiterfragebogen: Frage 4

**Wie viele Teilnehmer haben konzentriert mitgearbeitet?**



↳ Einzelberatung, Kursleiterfragebogen: Frage 3

**Hat der Patient konzentriert mitgearbeitet?**

- ☐ ja
- ☐ nein

2.1.2. Wie bewerten die Patienten ihre eigene Mitarbeit/Motivation?

↳ Kursstunde 1 und 2, Patientenfragebogen: Frage 7.3

↳ Einzelberatung, Patientenfragebogen: Frage 8.5

**Mit welcher Note bewerten Sie heute (1=sehr gut, 6=sehr schlecht → Bitte in jedes Kästchen eine Note eintragen)**

■ Ihre Mitarbeit / Motivation

--

2.1.3. Wie bewerten die Patienten die Einzelinhalte sowie die Kursstunden und die Einzelberatung insgesamt?

↳ Kursstunde 1 und 2, Patientenfragebogen: Frage 7.1 und 7.5

**Mit welcher Note bewerten Sie heute (1=sehr gut, 6=sehr schlecht → Bitte in jedes Kästchen eine Note eintragen)**

■ Vortrag „Rauchen und rauchfrei leben“

■ Argumente „Pro-Rauchen und Pro-Rauchfrei

■ Die gesamte Kursstunde


↳ Einzelberatung, Patientenfragebogen: Frage 8.1, 8.3, 8.4 und 8.8

**Mit welcher Note bewerten Sie heute (1=sehr gut, 6=sehr schlecht → Bitte in jedes Kästchen eine Note eintragen)**

■ Therapievorschlag

■ Alternativen für das Rauchen

■ Tagesplan für den ersten rauchfreien Tag

■ Die gesamte Einzelberatung


2.1.4. Wie bewerten die Patienten bei Entlassung das Rauchfrei-Programm?

↳ Posttest: Frage III.2

**Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dem Rauchfreiprogramm?  
(1 = sehr gut - 6 = sehr schlecht)**

Note 1 bis 6

☐

2.1.5. Werden die Inhalte der Kursstunden und der Einzelberatung von den Patienten als gut verständlich, sinnvoll/gewinnbringend und interessant bewertet?

↳ Kursstunde 1, 2 und Einzelberatung, Patientenfragebogen: Frage 1, 2 und 3

**Die Inhalte der heutigen Kursstunde waren gut verständlich.**

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu      trifft voll zu

**Die Inhalte der heutigen Kursstunde fand ich sinnvoll, für mich gewinnbringend.**

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu      trifft voll zu

**Die Inhalte der heutigen Kursstunde haben mich interessiert.**

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu      trifft voll zu

***b) Seitens der Kursleiter***

2.2.1. Wie bewerten die Kursleiter die Mitarbeit/Motivation der Patienten?

↳ Kursstunde 1 und 2, Kursleiterfragebogen: Frage 11.2

↳ Einzelberatung, Kursleiterfragebogen: Frage 11.4

**Mit welcher Note bewerten Sie heute (1=sehr gut, 6= sehr schlecht → Bitte in jedes Kästchen eine Note eintragen)**

■ Mitarbeit / Motivation der Patienten

☐

2.2.2. Wie bewerten die Kursleiter die Einzelinhalte sowie die Kursstunden und die Einzelberatung insgesamt?

↳ Kursstunde 1 und 2, Kursleiterfragebogen: Frage 11.1 und 11.4

**Mit welcher Note bewerten Sie heute (1=sehr gut, 6=sehr schlecht → Bitte in jedes Kästchen eine Note eintragen)**

- Vortrag „Rauchen und rauchfrei leben“
- Argumente „Pro-Rauchen und Pro-Rauchfrei
- Die gesamte Kursstunde


↳ Einzelberatung, Kursleiterfragebogen: Frage 11.1, 11.2, 11.3 und 11.6

**Mit welcher Note bewerten Sie heute (1=sehr gut, 6=sehr schlecht → Bitte in jedes Kästchen eine Note eintragen)**

- Therapieversuch
- Alternativen für das Rauchen
- Tagesplan für den ersten rauchfreien Tag
- Die gesamte Einzelberatung


2.2.3. Werden die Inhalte der Kursstunden und der Einzelberatung von den Kursleitern als gut verständlich, sinnvoll/gewinnbringend und interessant bewertet?

↳ Kursstunde 1 und 2, Kursleiterfragebogen: Frage 5, 6, und 7

↳ Einzelberatung, Kursleiterfragebogen: Frage 4, 5, und 6

**Die Inhalte der heutigen Sitzung waren für die Patienten gut verständlich.**

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu trifft voll zu

**Die Inhalte der heutigen Sitzung fand ich sinnvoll und für die Patienten gewinnbringend.**

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu trifft voll zu

**Die Inhalte der heutigen Sitzung haben die Patienten interessiert.**

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu                      trifft voll zu

Die dritte Fragestellung befasst sich mit der Wirksamkeit des Rauchfrei-Programms *Rethink your Smoking*.

- 3.1. Wie wirkt sich während des stationären Aufenthaltes das Rauchfrei-Programm auf die Motivation der Patienten in der Experimentalgruppe hinsichtlich der Änderung ihres Rauchverhalten aus? Besteht dabei ein Unterschied zur Kontrollgruppe?

Der Motivationsstatus wird mit den Items in Anlehnung an das Stufenmodell von Prochaska und DiClemente (1983, vgl. 2.2.2.), mit dem Willensrating (*Wie gerne wollen Sie Nichtraucher werden/bleiben?*) und Wahrscheinlichkeitsrating (*Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie als Nichtraucher die Klinik verlassen werden?* bzw. *Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in einem Monat Nichtraucher sind / noch sein werden?*) nach Sciamanna et al. (2000) sowie einer ergänzenden Frage (*Wie motiviert sind Sie aktuell Ihr Rauchverhalten zu verändern?*) der vorangegangenen Studie (Pottmeyer, 2014) erfasst.

↳ *Stages of Change*: Prätest: Frage 14 versus Posttest D.1

**Welche der folgenden Aussagen trifft am ehesten auf Sie zu?**

- ☐ Ich habe derzeit nicht vor, mit dem Rauchen aufzuhören.
- ☐ Ich habe vor, in den nächsten 6 Monaten mit dem Rauchen aufzuhören.
- ☐ Ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen mit dem Rauchen aufzuhören.
- ☐ Ich rauche seit weniger als 6 Monaten nicht mehr.
- ☐ Ich rauche seit über 6 Monaten nicht mehr.

↳ Aufhörwille/Wollensrating: *Prätest*: Frage 15 versus Posttest D.2

### Wie gerne wollen Sie Nichtraucher werden?

- ☐ sehr gern  
☐ eher gern  
☐ eher nicht  
☐ überhaupt nicht

### ↳ Aufhörmotivation: Prätest: Frage 16 versus Posttest D.3

**Wie motiviert sind Sie aktuell, Ihr Rauchverhalten zu verändern?**

1-----2-----3-----4-----5  
wenig sehr

↳ Aufhörwahrscheinlichkeit/Wahrscheinlichkeitsrating: Prätest: Frage 24 versus Posttest D.4

**Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie als Nichtraucher die Klinik verlassen werden?**

- ☐ sehr wahrscheinlich  
☐ eher wahrscheinlich  
☐ eher unwahrscheinlich  
☐ sehr unwahrscheinlich

Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in einem Monat Nichtraucher sind bzw. noch sein werden?

- ☐ sehr wahrscheinlich
- ☐ eher wahrscheinlich
- ☐ eher unwahrscheinlich
- ☐ sehr unwahrscheinlich



3.2. Wie wirkt sich während des stationären Aufenthaltes das Rauchfrei-Programm auf das Rauchverhalten der Patienten in der Experimentalgruppe aus? Besteht dabei ein Unterschied zur Kontrollgruppe?

- ↳ Menge-Frequenz-Index: Quotient aus Prätest Frage 12 und 13 versus Posttest: Frage II.3 und II.4
- ↳ Nikotinabhängigkeitsgrad: Summe des *Fagerström Test of Nicotine Dependence*/FTND (Heatherton et al., 1991) aus Prätest (Anhang: 10.4.1.) und Posttest (D.5 - D.9)

Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurde der international anerkannte Menge-Frequenz-Index (Kraus & Pabst, 2010) herangezogen und berechnet. Dieser ergibt sich aus dem Produkt der Anzahl der Tage, an denen in den letzten 30 Tagen geraucht wurde (X) und der durchschnittlichen Anzahl der an einem Rauchtag konsumierten Zigaretten (Y), dividiert durch 30 (vgl. Abbildung 6). Für den Zeitpunkt t1 (Posttest) wird analog der 7-Tage-Menge-Frequenz-Index ermittelt.

**Bitte denken Sie jetzt nur an die letzten 30 Tage. An wie vielen dieser Tage haben Sie geraucht? (X)**

an \_\_\_\_\_ Tagen

**An so einem Tag, an dem Sie rauchen, wie viele Zigaretten rauchen Sie da? (Y)**

\_\_\_\_\_ Zigaretten

$$\text{MFI} = \frac{X * Y}{30}$$

Abbildung 6: Fragen zum und Berechnung des Menge-Frequenz-Index (Kraus & Pabst, 2010)

Eine weitere Möglichkeit zur Überprüfung dieser Fragestellung bietet zum anderen der FTND-Test zur Messung der körperlichen Abhängigkeit. Eine ausführliche Beschreibung und Anwendung befindet sich unter 2.1.2.. Die in der vorliegende Studie verwendete deutsche Version stammt von Schumann und Kollegen (2002) und wurde für das klinische Setting hinsichtlich Formulierung und Kategorisierung leicht modifiziert.

### 5.5. Art der statistischen Analysen

Die Berechnung der Daten erfolgte mit dem Statistikprogramm IBM SPSS Version 22.0 für Macintosh. Dabei wurde eine *Intention-to-treat*-Analyse vorgenommen. Dies bedeutet, dass die Daten aller Patienten zum Zeitpunkt t0 und t1 ausgewertet sowie *dropouts* als Studienabbrecher angesehen wurden. Berechnungen zu den Zeitpunkten t2 und t3 finden sich in den unveröffentlichten Arbeiten von Veronika Schuler und Verena Lang. Deskriptive Fragestellungen wurden mit Methoden der darstellenden Statistik wie Häufigkeiten, Mittelwerte sowie Standardabweichungen beantwortet und durch graphische Darstellungen ergänzt.

Zur Ermittlung von bestimmten Gruppenunterschieden wurden abhängig vom Skalenniveau interferenzstatistische Hypothesen bei intervallskalierten Daten mit *t*-Tests für unabhängige Stichproben und nominal skalierte Variablen mit Pearson- $\chi^2$ -Test auf Signifikanz überprüft.

Die Durchführung von zweifaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung erfolgte um die Veränderung bestimmter Variablen über die Messzeitpunkte unter Berücksichtigung des Einflusses eines anderen Faktors zu prüfen. Bei Verletzung der Sphärizität, getestet mit dem Mauchly-Test, wurde die Greenhouse-Geisser-Korrektur angelegt. Die Varianzhomogenität wurde mit Levene-Tests überprüft. Die Grenze des statistischen Signifikanzniveaus wurde auf  $p = .05$  (Alpha-Fehler) festgelegt (Bühner & Ziegler, 2009).

## 6 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der vorliegenden Studie dargestellt. Nach einer Beschreibung der Stichprobe folgt eine detaillierte Darstellung der unter Punkt 4 formulierten Fragestellungen.

Die erste und die zweite Fragestellung befassten sich mit der Implementationsmenge sowie der Implementationsgüte des Rauchfrei-Programms *Rethink your Smoking*. Die prozessevaluativen Daten stammten von den teilnehmenden Patienten sowie den Kursleitern. Die Implementationsmenge wurde anhand der Menge der umgesetzten Inhalte, der dafür benötigten Zeit, die für die jeweilige Kursstunde vorgesehen waren und der Möglichkeit der Orientierung am Manual überprüft. Die Implementationsgüte wurde anhand der Konzentration und Motivation/Mitarbeit der Patienten, der Bewertung verschiedener Inhalte sowie der Kursstunde und Einzelberatung insgesamt kontrolliert. Die berechneten Werte resultieren dabei aus den beantworteten Fragebögen der Teilnehmer und Kursleiter. Jedem teilnehmenden Patienten, der im Anschluss an die Kurseinheit oder Einzelberatung einen Fragebogen ausfüllte, wurde der Fragebogen des Kursleiters dieser Stunde zugeteilt. Sofern ein Teilnehmer mehr als einmal das Rauchfrei-Programm besuchte, wurden lediglich die ersten beiden Fragebögen zu Kursstunde 1 und 2 für die Auswertung herangezogen. Patienten die bei keiner Kurseinheit anwesend waren, wurden bei den Berechnungen nicht berücksichtigt.

Die dritte Fragestellung untersuchte, ob das Rauchfrei-Programm *Rethink your Smoking* Einfluss auf die Motivation und das Rauchverhalten der Patienten nimmt. Überprüft wurde dies mit den oben angeführten Items.

Bei der folgenden Darstellung der Ergebnisse basiert die Auswertung aufgrund fehlender Angaben bei einzelnen Items nicht auf der gesamten Stichprobe. Die Zahl der angegebenen Fälle summiert sich nicht immer auf die Zahl der Fälle der Gesamtstichprobe auf.

## 6.1. Beschreibung der Stichprobe

### Demographische Variablen

Die Stichprobe der Studie umfasste zum Zeitpunkt t0 jeweils 102 Patienten in der Experimental- und in der Kontrollgruppe. Dabei war sowohl in der Experimentalgruppe (EG) als auch in der Kontrollgruppe (KG) der Anteil der Männer höher (69.6% und 54.9%), wodurch sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ergab. Das Durchschnittsalter der Experimentalgruppe lag bei 41.73 Jahren (SD = 10.50), das der Kontrollgruppe bei 41.61 Jahren (SD = 10.83). Dabei variierte das Alter in der Experimentalgruppe zwischen 18 und 71 Jahren und in der Kontrollgruppe zwischen 21 und 67 Jahren. Es ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich des Alters. Auch im Bezug auf die Schulbildung waren die beiden Gruppen etwa gleich. Aus der Tabelle 7 lassen sich neben den bereits angeführten Daten weitere Informationen über den Familienstand und den Schulabschluss getrennt nach den Gruppen entnehmen.

### Rauchgeschichte

Die durchschnittliche Rauchdauer der Experimentalgruppe war mit 23.5 Jahren nicht signifikant länger als die der Kontrollgruppe, welche 22.7 Jahren betrug (N = 101).

### Primäre Abhängigkeitserkrankung

Entsprechend den Auswahlkriterien wurde bei allen Patienten mindestens eine Abhängigkeitserkrankung diagnostiziert. Neben einer Tabakabhängigkeit wurden noch zwischen Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit sowie Polytoxikomanie und "anderen" unterschieden. Dabei bestand wiederum kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der Experimental- und Kontrollgruppe. Eine genaue Verteilung der Abhängigkeitserkrankung sowie der weiteren psychiatrischen Diagnosen kann der Tabelle 7 entnommen werden.

### Aktuelle Änderungsmotivation

Im Bezug auf das Stadium der Veränderungsbereitschaft (*Stages of Change*) zeigte sich, dass zum Zeitpunkt der Aufnahme nahezu zwei Drittel der Patienten (64.7%) der Expe-

rimentalgruppe und etwa die Hälfte der Patienten (49%) der Kontrollgruppe in der Phase der Absichtslosigkeit befanden. Der Vergleich der Mittelwerte ergab dabei einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen.

Ebenfalls signifikant unterschiedlich ausgeprägt war zum Zeitpunkt t0 der Wille Nichtraucher zu werden (EG:  $M = 2.25$  und  $SD = 1.19$ ; KG:  $M = 1.92$  und  $SD = 1.04$ ). Die Frage danach beantworteten 73.5% der Patienten in der Kontrollgruppe mit „sehr gerne“ oder „eher gerne“ während dies in der Experimentalgruppe nur 58.8% taten.

Bezüglich der Aufhörmotivation lässt sich berichten, dass die Teilnehmer der Kontrollgruppe zum Aufnahmezeitpunkt aktuell motivierter waren ihr Rauchverhalten zu verändern als die der Experimentalgruppe, was durch einen statistisch bedeutsamen Mittelwertunterschied bewiesen wurde. Zu Beginn des stationären Aufenthaltes schätzten 43.2% der EG ihre Motivation zwischen „mittel“ bis „sehr“ ein. Der Anteil der KG lag dabei bei 66.6%.

Die Wahrscheinlichkeit, die Klinik als Nichtraucher zu verlassen, schätzten zum Zeitpunkt t0 die Mehrheit der Patienten als „eher unwahrscheinlich“ bzw. „sehr unwahrscheinlich“ ein, mit einem Anteil von 82.3% in der Experimentalgruppe und von 81.4% in der Kontrollgruppe. Der Mittelwertunterschied war statistisch nicht signifikant.

#### Aktuelles Rauchverhalten

Sowohl in der Experimental- als auch in Kontrollgruppe wurden zu 93.1% bzw. 95% Zigaretten konsumiert. Der Menge-Frequenz-Index, der die Konsummenge in den letzten 30 Tagen widerspiegelt, betrug bei der Experimentalgruppe im Durchschnitt 23.80 ( $SD = 11.63$ ) und bei der Kontrollgruppe durchschnittlich 23.05 ( $SD = 13.03$ ). Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant.

Auch in Bezug auf den Fagerström-Test, der den Grad der körperlichen Nikotinabhängigkeit misst, ergab sich zum Zeitpunkt der Aufnahme kein statistischer Unterschied zwischen den Gruppen. Der Mittelwert der Experimentalgruppe lag bei 5.68 ( $SD = 2.24$ ) und der der Kontrollgruppe bei 5.47 ( $SD = 2.62$ ).

Aus den Berechnungen der zwei Kurseinheiten sowie der Einzelberatung ergaben sich folgende Grunddaten: Von den 102 Patienten der Experimentalgruppe haben 91

(89.2%) an der Kursstunde 1 und 81 (79.4%) an der Kursstunde 2 teilgenommen. Jedem Patientenbogen wurde ein entsprechender Kursleiterbogen zugeteilt. Die Mächtigkeit  $n$  ergibt sich daher aus der Anzahl der an den jeweiligen Kursstunden teilnehmenden Patienten. Zusätzlich nahmen 31 der Studienpatienten (30.4%) zum Gruppenprogramm freiwillig eine Einzelberatung in Anspruch und registrierten ihren Zigarettenkonsum über mindestens drei Tage.

Die Möglichkeit der ergänzenden Einnahme von Nikotinersatzpräparate während des stationären Aufenthaltes zur Reduktion oder Rauchstopps wurde in der Experimentalgruppe von 24 Patienten (28.9%;  $n = 82$ ) und in der Kontrollgruppe von 39 Patienten (48.8%;  $n = 80$ ) in Anspruch genommen.

Tabelle 7: Stichprobenbeschreibung von Experimental- und Kontrollgruppe zum Zeitpunkt  $t_0$

	Experimentalgruppe N = 102	Kontrollgruppe N = 102	Signifikanz
<b>Geschlecht</b>			
weiblich	30.4% ( $n = 31$ )	45.1% ( $n = 46$ )	$\chi^2(1, N = 204) = 4.70$ $p = .043$
männlich	69.6% ( $n = 71$ )	54.9% ( $n = 56$ )	
<b>Alter</b>	M = 41.73 (SD = 10.50)	M = 41.61 (SD = 10.83)	<sup>1</sup> ns
<b>Familienstand</b>			
ledig	49.0% ( $n = 50$ )	41.2% ( $n = 42$ )	<sup>2</sup> ns
verheiratet	20.6% ( $n = 21$ )	24.5% ( $n = 25$ )	
getrennt	4.9% ( $n = 5$ )	4.9% ( $n = 5$ )	
in einer Partnerschaft	9.8% ( $n = 10$ )	14.7% ( $n = 15$ )	
geschieden	14.7% ( $n = 15$ )	14.7% ( $n = 15$ )	
verwitwet	1.0% ( $n = 1$ )	-	
<b>Schulabschluss</b>			
Kein Abschluss	4.9% ( $n = 5$ )	3.0% ( $n = 3$ )	<sup>2</sup> ns
Volksschulabschluss	3.9% ( $n = 4$ )	2.0% ( $n = 2$ )	
Hauptschulabschluss	42.2% ( $n = 43$ )	35.6% ( $n = 36$ )	
Realschulabschluss	22.5% ( $n = 23$ )	36.6% ( $n = 37$ )	
Fachhochschulreife	26.5% ( $n = 27$ )	22.8% ( $n = 23$ )	
<b>Rauchdauer</b> in Jahren	M = 23.50 (SD = 9.40)	M = 22.74 (SD = 10.06; N = 101)	<sup>1</sup> ns

<b>Abhängigkeitserkrankung</b>			
Alkoholabhängigkeit	60.8% (n = 62)	49.0% (n = 50)	<sup>2</sup> ns
Medikamentenabhängigkeit	5.9% (n = 6)	4.9% (n = 5)	
Polytoxikomanie	30.4% (n = 31)	38.2% (n = 39)	
Andere	2.9% (n = 3)	7.8% (n = 8)	
<b>Weitere psychiatrische Diagnosen</b>			
Affektive Störungen	44.1% (n = 45)	32.4% (n = 33)	<sup>2</sup> ns
Neurotische, Belastungs- & somatoforme Störungen	3.9% (n = 4)	7.8% (n = 8)	
Schizophrenie, schizotype & wahnhafte Störungen	7.8% (n = 8)	2.9% (n = 3)	
Andere	2.0% (n = 2)	6.9% (n = 7)	
Keine	42.2% (n = 43)	50.0% (n = 51)	
<b>Änderungsmotivation</b>			
Stadium der Veränderungsbereitschaft ( <i>Stages of Change</i> )	M = 1.49 (SD = 0.73)	M = 1.69 (SD = 0.76)	$t(202) = 1.89$ $p = .03$
Aufhörwille	M = 2.25 (SD = 1.04)	M = 1.92 (SD = 1.19)	$t(202) = -2.07$ $p = .02$
Aufhörmotivation	M = 2.34 (SD = 1.22)	M = 3.04 (SD = 1.45)	$t(202) = 3.71$ $p = .00$
Aufhörwahrscheinlichkeit	M = 3.30 (SD = 0.88)	M = 3.13 (SD = 0.83)	<sup>1</sup> ns
<b>Konsummenge</b>			
(Menge-Frequenz-Index)	M = 23.80 (SD = 11.63)	M = 23.05 (SD = 13.03)	<sup>1</sup> ns
<b>Nikotinabhängigkeitsgrad</b>			
(FTND)	M = 5.68 (SD = 2.24)	M = 5.47 (SD = 2.62)	<sup>1</sup> ns

<sup>1</sup>  $t$ -Test, <sup>2</sup>  $\chi^2$ -Test; ns = nicht signifikant  $p > .05$

## 6.2. Umsetzbarkeit des Rauchfrei-Programms *Rethink your Smoking*

Die folgenden drei Fragestellungen zur Prozessevaluation sollen beantworten, ob das Rauchfrei-Programm *Rethink your Smoking* zur Raucherberatung und -entwöhnung bei tabakabhängigen Patienten mit einer weiteren Suchterkrankung auf der Akutsuchtstation umsetzbar ist.

### Fragestellung 1.1. Können die Inhalte des Rauchfrei-Programms in den Kursstunden durchgeführt werden?

Das Rauchfrei-Programm *Rethink your Smoking* umfasst für die jeweiligen Kursstunden festumschriebene Inhalte. Die Kursleiter sollten anhand einer zehnstufigen Skala von 0 bis 100% einschätzen, wie viel Prozent der vorgesehenen Inhalte der Einheit sie durchführen konnten. Die im Trainermanual angeführten Inhalte konnten für die erste Kurseinheit im Durchschnitt zu 96.9% (n = 91) und für die zweite Kurseinheit im Durchschnitt zu 90.62% (n = 82) umgesetzt werden. In Abbildung 7 werden die prozentualen Anteile der durchgeführten Kursinhalte dargestellt.

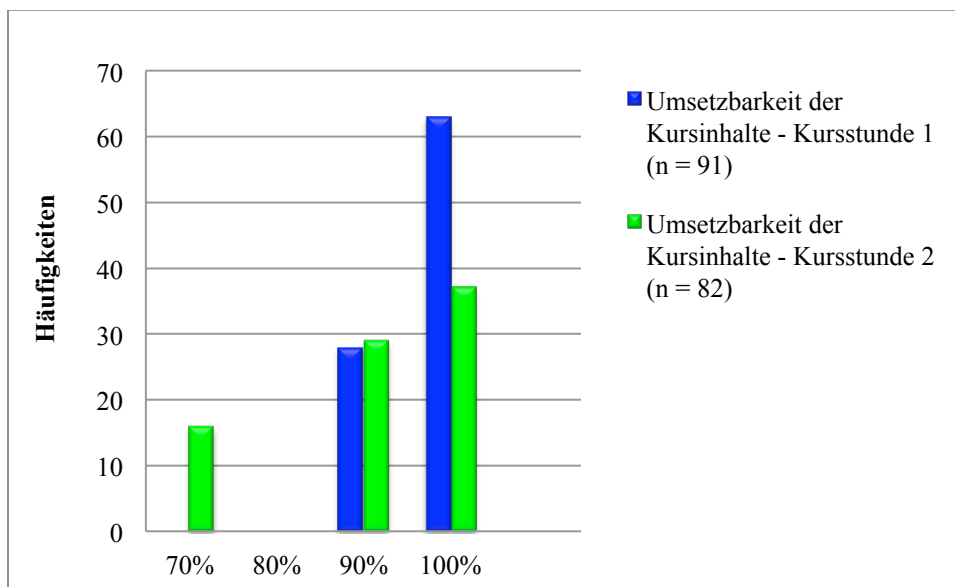


Abbildung 7: Prozentualer Anteil der durchgeführten Kursinhalte



### Fragestellung 1.2. Können die Inhalte der Kursstunden sowie der Einzelberatung in der vorgegebenen Zeit durchgeführt werden?

Bei der Kursstunde 1 und Kursstunde 2 handelt es sich um jeweils eine sechzigminütige Informations- und Interventionsgruppe. Für die Einzelberatung werden zwischen 15 bis 20 Minuten veranschlagt. Die Menge der Umsetzbarkeit sollten die Kursleiter anhand folgender Frage beantworten: „Die Inhalte waren in der vorgesehenen Zeit gut durchführbar.“ Als Antwortmöglichkeit diente eine fünfstufige Skala von 1 (trifft gar nicht zu) bis 5 (trifft voll zu). Der Mittelwert der ersten Kursstunde lag bei 4.74 (SD = 0.44; n = 91), der zweiten Kursstunde bei 4.20 (SD = 1.10; n = 82) sowie für die Einzelberatung bei 4.06 (SD = 1.15; n = 31). In Abbildung 8 werden die Häufigkeiten dargestellt, mit der die Kursleiter die Inhalte sowohl in den Kursstunden als auch in der Einzelberatung umsetzen konnten.

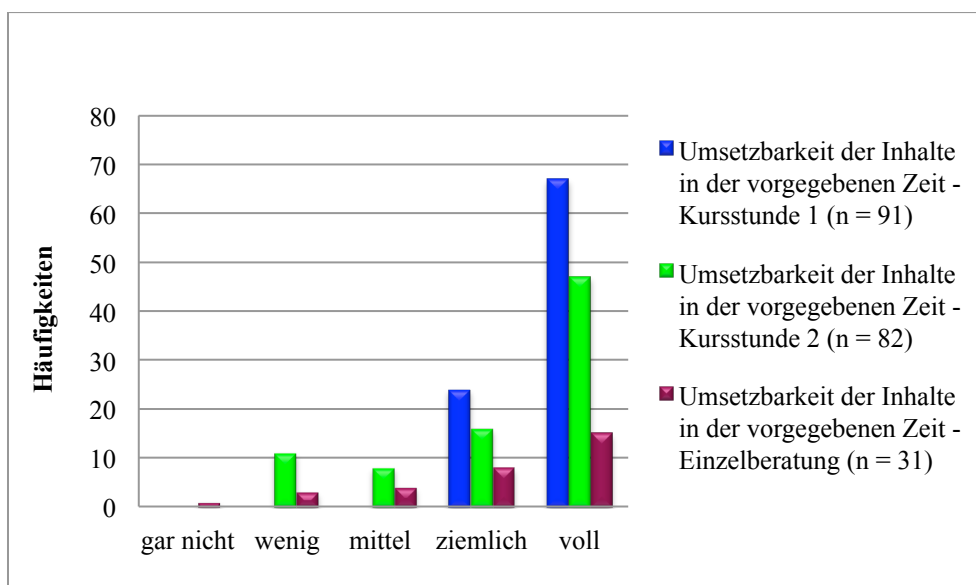


Abbildung 8: Umsetzbarkeit der Inhalte in den Kursstunden und der Einzelberatung in der vorgegebenen Zeit

### Fragestellung 1.3. Können sich die Kursleiter bei der Intervention gut am Manual orientieren?

Ein weiterer Aspekt der Umsetzbarkeit war, wie gut sich die Kursleiter am Manual orientieren konnten. Dies galt es auf einer fünfstufigen Skala von 1 (gar nicht) bis 5 (sehr)

zu beurteilen. Wie in Abbildung 9 ersichtlich, betrug der mittlere Wert für die Kursstunde 1 4.18 (SD = 0.72; n = 91) und für die Kursstunde 2 4.02 (SD = 0.65; n = 82). Für die Einzelberatung lag der Mittelwert etwas niedriger bei 3.84 (SD = 0.74; n = 31).

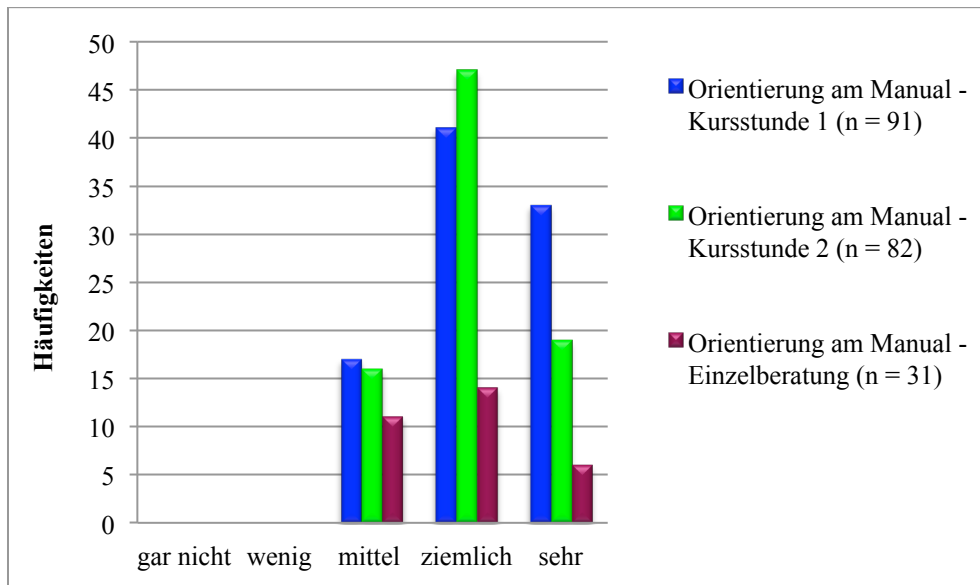


Abbildung 9: Stärke der Orientierung am Kursleitermanual

### 6.3. Akzeptanz des Rauchfrei-Programms *Rethink your Smoking*

Ein ebenfalls wichtiges Kriterium der Prozessevaluation stellt die Akzeptanz dar. Die folgenden Fragestellungen untersuchen, ob und inwieweit die Patienten das Rauchfrei-Programm *Rethink your Smoking* annehmen. Dabei wird zwischen der subjektiven Beurteilung der Patienten und den Kursleitern unterschieden.

#### a) *Seitens der Patienten*

##### **Fragestellung 2.1.1. Arbeiten die Patienten in den Kursstunden und in der Einzelberatung konzentriert mit?**

Nach jeder Kurseinheit sollten die Kursleiter auf einer zehnstufigen Prozentskala (0 - 100%) beurteilen, wie viele Teilnehmer während der Stunde konzentriert mitgearbeitet haben. Während der Durchschnitt in der ersten Kursstunde 69.7% (n = 91) betrug, lag dieser für die zweite Kursstunde bei 61.4% (n = 82). Eine detaillierte Darstellung findet

sich in Abbildung 10. Für die Einzelberatung sollten die Kursleiter diese Frage lediglich mit „ja“ oder „nein“ beantworten. Die Auswertung zeigte, dass alle Patienten ( $n = 31$ ), die an einer Einzelberatung teilnahmen, konzentriert mitarbeiteten.

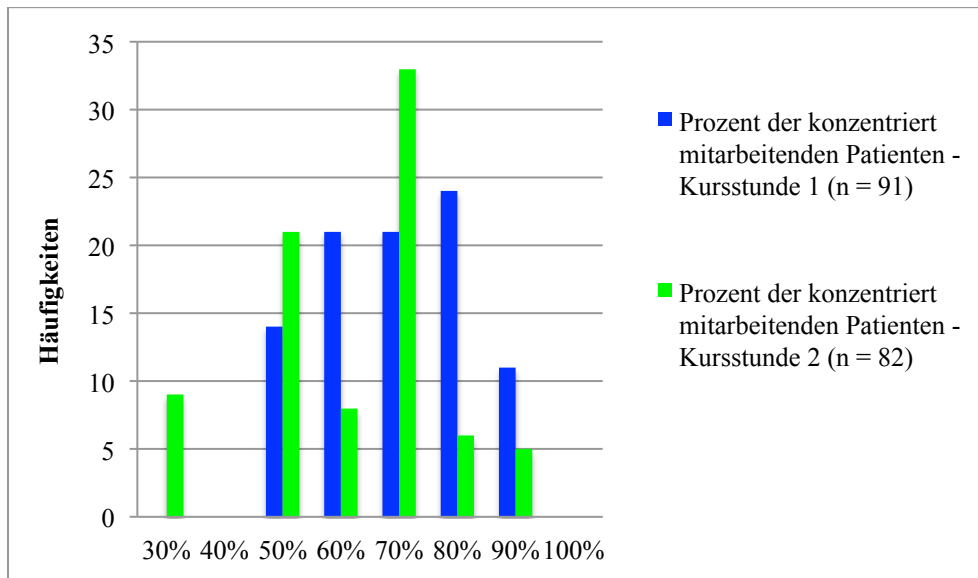


Abbildung 10: Anteil der konzentriert mitarbeitenden Patienten während der Kursstunden

### Fragestellung 2.1.2. Wie bewerten die Patienten ihre eigene Mitarbeit/Motivation?

Für die Beurteilung der eigenen Mitarbeit/Motivation seitens der Patienten stand eine Notenskala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend) zur Verfügung. Die Studienteilnehmer bewerteten ihre eigene Mitarbeit bzw. Motivation während der ersten Kurseinheit im Durchschnitt mit 2.69 ( $SD = 1.38$ ;  $n = 91$ ) und für die zweite Kurseinheit mit einer Durchschnittsnote von 2.68 ( $SD = 1.25$ ;  $n = 82$ ). Dabei wurden alle Notenstufen vergeben. Die Mitarbeit/Motivation während der Einzelberatung beurteilten sie mit einem Schnitt von 1.77 ( $SD = 0.76$ ;  $n = 31$ ). Die genaue Verteilung ist der Abbildung 11 zu entnehmen.

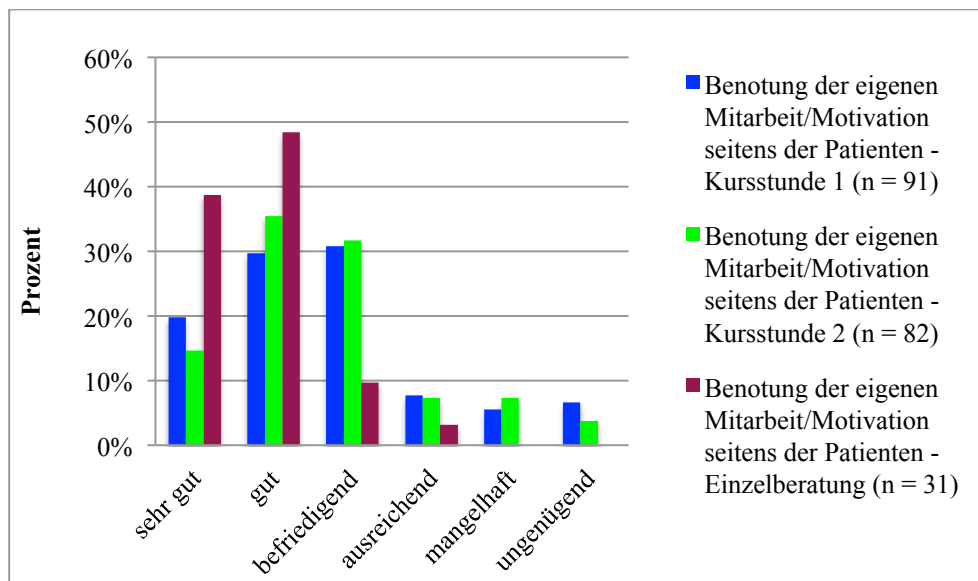


Abbildung 11: Bewertung der eigenen Mitarbeit/Motivation seitens der Patienten für die Kursstunden und die Einzelberatung

### Fragestellung 2.1.3. Wie bewerten die Patienten die Einzelinhalte sowie die Kursstunden und die Einzelberatung insgesamt?

Der Aufbau der beiden Kursstunden ist bis auf eine Interventionseinheit identisch. Während in der ersten Gruppenstunde der Kursleiter einen Vortrag zum Thema „Rauchen und rauchfrei leben“ hält, werden in der zweiten Stunde gemeinsam mit den Patienten Argumente „Pro-Rauchen und Pro-Rauchfrei“ am Flipchart gesammelt. Die Studienteilnehmer sollten ebenfalls anhand der Notenskala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend) diese Kurselemente beurteilen. Wie in Abbildung 12 ersichtlich, wurde der Vortrag mit einem Mittelwert von 1.95 (SD = 1.04; n = 91) etwas besser benotet als das Sammeln der Argumente mit einem mittleren Wert von 2.07 (SD = 0.99; n = 82).

Für die Bewertung der Kurseinheit 1 als Ganzes ergab sich ein Durchschnitt von 2.17 (SD = 1.07; n = 91) und für die Kursstunde 2 ein Mittelwert von 2.05 (SD = 0.87; n = 82). In Abbildung 14 werden die Häufigkeiten nochmals graphisch dargestellt.

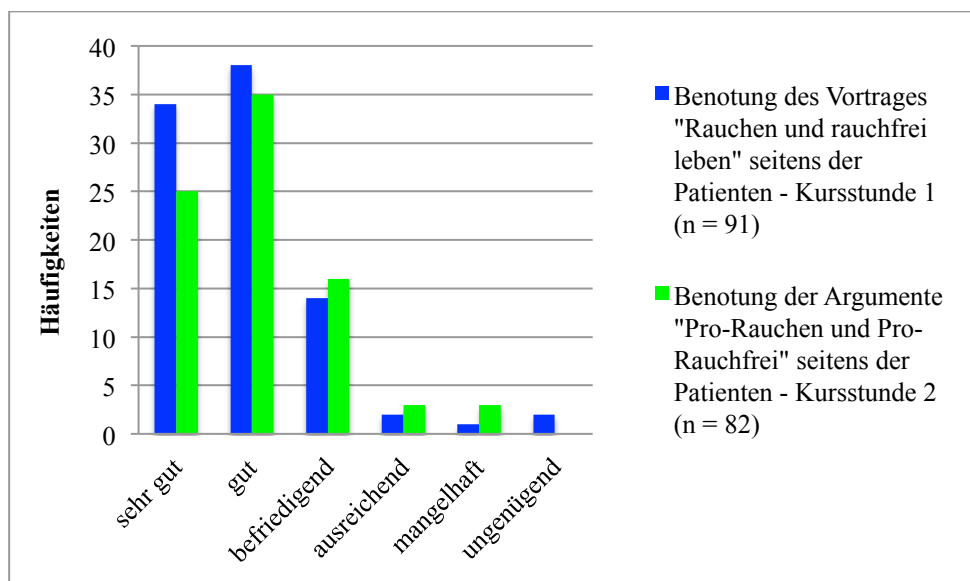


Abbildung 12: Bewertung des Vortrages „Rauchen und rauchfrei leben“ sowie der Argumente „Pro-Rauchen und Pro-Rauchfrei“ seitens der Patienten

Im Hinblick auf die Einzelberatung benoteten die Studienpatienten anhand der Notenskala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend) die Einzelinhalte sowie die Beratung insgesamt wie folgt: der Therapieverschlagn für die Vergabe von Nikotinersatzpräparaten erreicht einen Mittelwert von 1.43 (SD = 0.57; n = 28), die Alternativen für das Rauchen einen Wert von 1.68 (SD = 0.70; n = 31) und der Tagesplan für den 1. rauchfreien Tag eine Durchschnittsnote von 1.22 (SD = 0.44; n = 9). Die abweichende Stichprobenzahl ergibt sich durch den Umstand, dass drei der Teilnehmer keine Nikotinersatzpräparate verwendet haben und 22 von den 31 Patienten eine Reduktion der Zigaretten vorgenommen haben. Die genaue Verteilung kann Abbildung 13 entnommen werden.

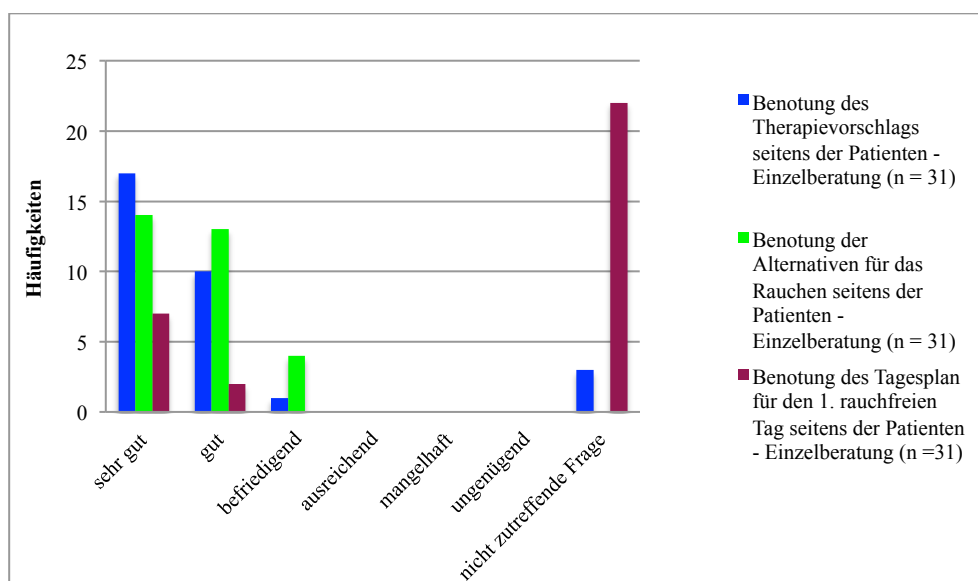


Abbildung 13: Bewertung der Interventionen der Einzelberatung seitens der Patienten

Für die Einzelberatung insgesamt errechnete sich ein Mittelwert von 1.32 (SD = 0.48; n = 31). Die genaue Notenverteilung ist in Abbildung 14 dargestellt. Die Werte lassen die Schlussfolgerung zu, dass auch die Einzelberatung von den Patienten sehr gut angenommen wird.

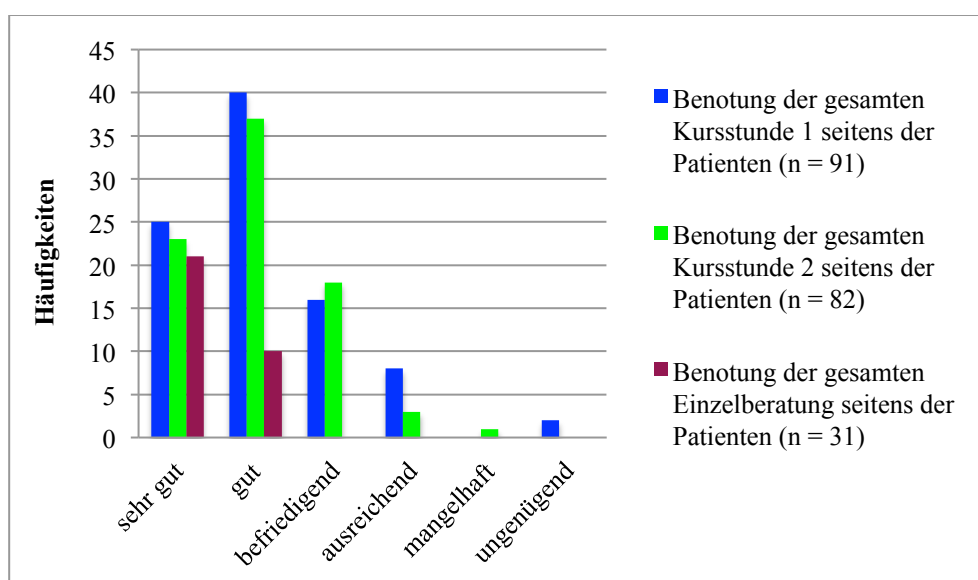


Abbildung 14: Bewertung der Kursstunde 1, Kursstunde 2 und Einzelberatung insgesamt seitens der Patienten

#### Fragestellung 2.1.4. Wie bewerten die Patienten bei Entlassung das Rauchfrei-Programm?

Am Ende des stationären Aufenthaltes (t1) erhielt jeder Studienpatient erneut einen Fragebogen (n = 82). In diesem sollte er unter anderem benoten, wie zufrieden er mit dem Rauchfrei-Programm *Rethink your Smoking* ist. Während ein Patient aus organisatorischen Gründen an keiner der Kursstunden teilnehmen konnte, beurteilten die restlichen 81 Teilnehmer das Programm mit einer Durchschnittsnote von 2.25 (SD = 1.17). Wie in Abbildung 15 angeführt, wurde die Note 1 22-mal (27.2%), die Note 2 34-mal (42.0%), die Note 3 14-mal (17.3%), die Note 4 7-mal (8.6%), die Note 5 sowie die Note 6 jeweils 2-mal (2.5%) vergeben.

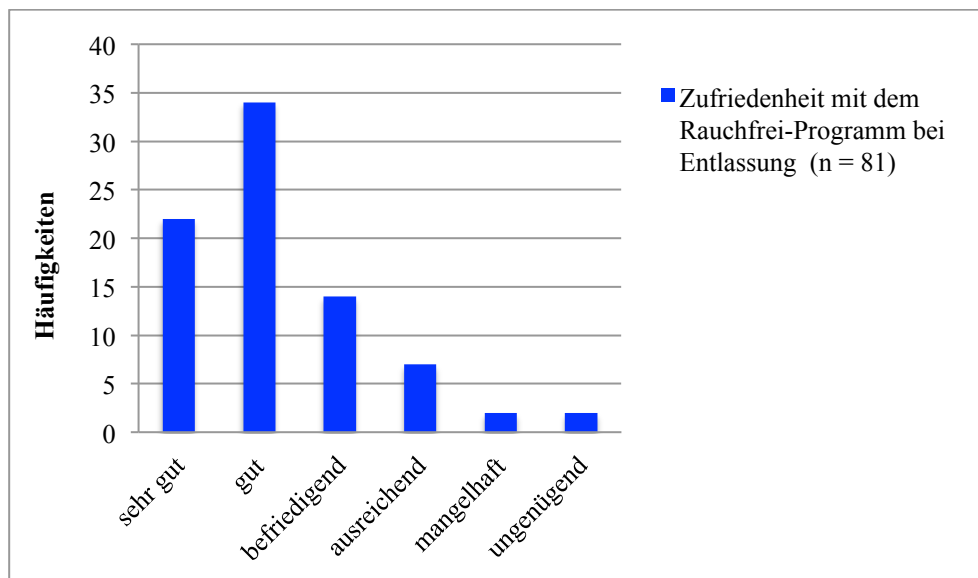


Abbildung 15: Bewertung der Zufriedenheit mit dem Rauchfrei-Programm seitens der Patienten bei Entlassung

#### Fragestellung 2.1.5. Werden die Inhalte der Kursstunden und der Einzelberatung von den Patienten als gut verständlich, sinnvoll/gewinnbringend und interessant bewertet?

Zur Beurteilung, inwieweit die Patienten das Rauchfrei-Programm *Rethink your Smoking* annehmen, wurden die Studienteilnehmer des Weiteren gefragt, wie verständlich, sinnvoll/gewinnbringend und interessant sie die Inhalte der Kursstunden und der Ein-

zelberatung finden. Hierfür stand eine fünfstufige Skala von 1 (gar nicht) bis 5 (sehr) zur Verfügung. Tabelle 8 gibt eine Übersicht über die Mittelwerte und Standardabweichungen.

Tabelle 8: Mittelwerte und Standardabweichungen der Bewertung von Verständlichkeit, Sinnhaftigkeit/Gewinn und Interesse an den Inhalten der Kursstunden und Einzelberatung seitens der Patienten

	Verständlichkeit der Inhalte	Sinnhaftigkeit der bzw. Gewinn durch die Inhalte	Interesse an den Inhalten
<b>Kursstunde 1</b> n = 91	M = 4.28 (SD = 0.96)	M = 3.51 (SD = 1.05)	M = 3.77 (SD = 1.08)
<b>Kursstunde 2</b> n = 82	M = 4.16 (SD = 1.11)	M = 3.65 (SD = 1.16)	M = 3.65 (SD = 1.31)
<b>Einzelberatung</b> n = 31	M = 4.65 (SD = 0.76)	M = 4.58 (SD = 0.72)	M = 4.68 (SD = 0.70)

#### ***b) Seitens der Kursleiter***

##### **Fragestellung 2.2.1. Wie bewerten die Kursleiter die Mitarbeit/Motivation der Patienten?**

Neben den Patienten sollten auch die Kursleiter nach jeder Kurseinheit die Mitarbeit/Motivation der Patienten anhand einer Notenskala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend) beurteilen. Für die Kursstunde 1 lag der Mittelwert bei 2.53 (SD = 0.78; n = 91), für die Kursstunde 2 bei 2.55 (SD = 0.86; n = 82) und für die Einzelberatung bei 1.58 (SD = 0.62; n = 31). Die dazugehörigen Häufigkeiten werden in Abbildung 16 dargestellt.



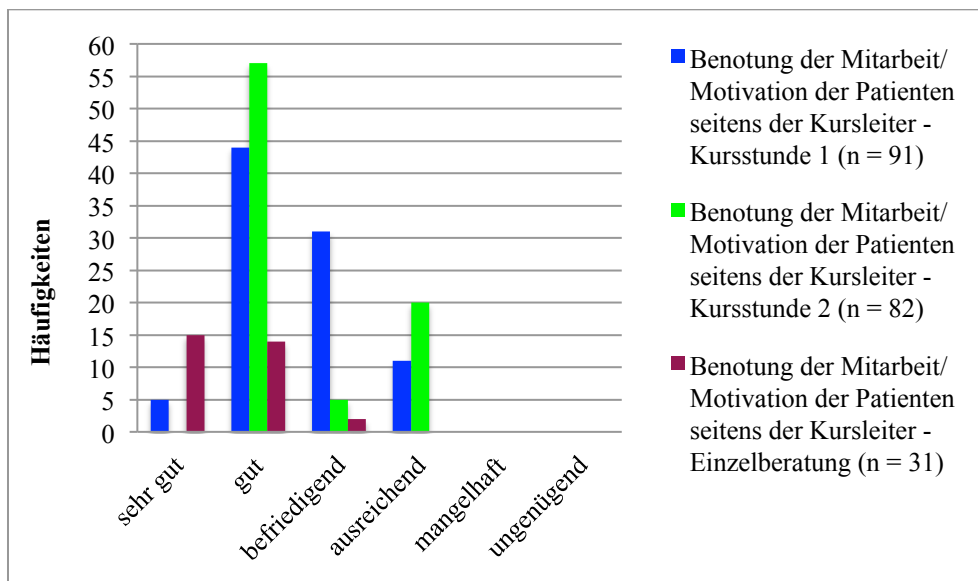


Abbildung 16: Bewertung der Mitarbeit/Motivation seitens der Kursleiter für die Kursstunden und die Einzelberatung

### Fragestellung 2.2.2. Wie bewerten die Kursleiter die Einzelinhalte sowie die Kursstunden und die Einzelberatung insgesamt?

Zur Beurteilung der Einzelinhalte sowie der Kursstunden und Einzelberatung insgesamt konnten die Kursleitern ebenfalls die Note 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend) vergeben. Den Vortrag „Rauchen und rauchfrei leben“ der Kursstunde 1 bewerteten sie im Durchschnitt mit 2.29 (SD = 0.60; n = 91), das Sammeln der Argumente „Pro-Rauchen und Pro-Rauchfrei“ mit einem mittleren Wert von 2.21 (SD = 0.60; n = 82). Abbildung 17 zeigt die Notenverteilung.

Die Kurseinheiten insgesamt werden ebenfalls mit einer guten Note bewertet. Während der Mittelwert für die erste Kursstunde bei 2.19 (SD = 0.65; n = 91) lag, fällt die zweite Kursstunde mit einem Notendurchschnitt von 2.44 (SD = 0.50; n = 82) etwas niedriger aus (siehe Abbildung 19).

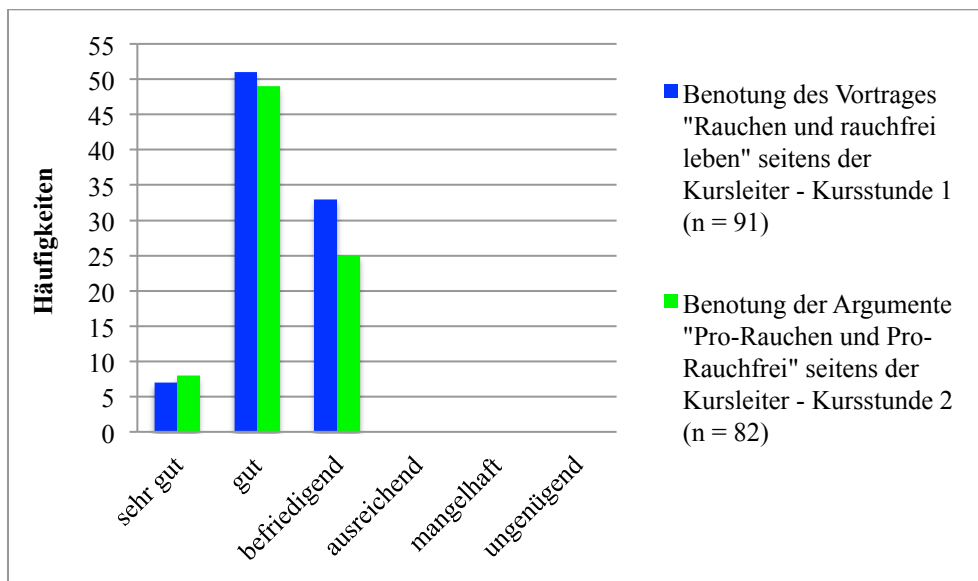


Abbildung 17: Bewertung des Vortrages „Rauchen und rauchfrei leben“ sowie der Argumente „Pro-Rauchen und Pro-Rauchfrei“ seitens der Kursleiter

Für die Bewertung der Einzelberatung ergaben sich folgende Mittelwerte: für den Therapieverschlagn 1.82 (SD = 0.55; n = 28), für die Alternativen des Rauchens 1.77 (SD = 0.56; n = 31) und für den Tagesplan des 1. rauchfreien Tages 2.11 (SD = 0.60; n = 9). Die dazugehörigen Häufigkeiten werden in Abbildung 18 graphisch dargestellt.

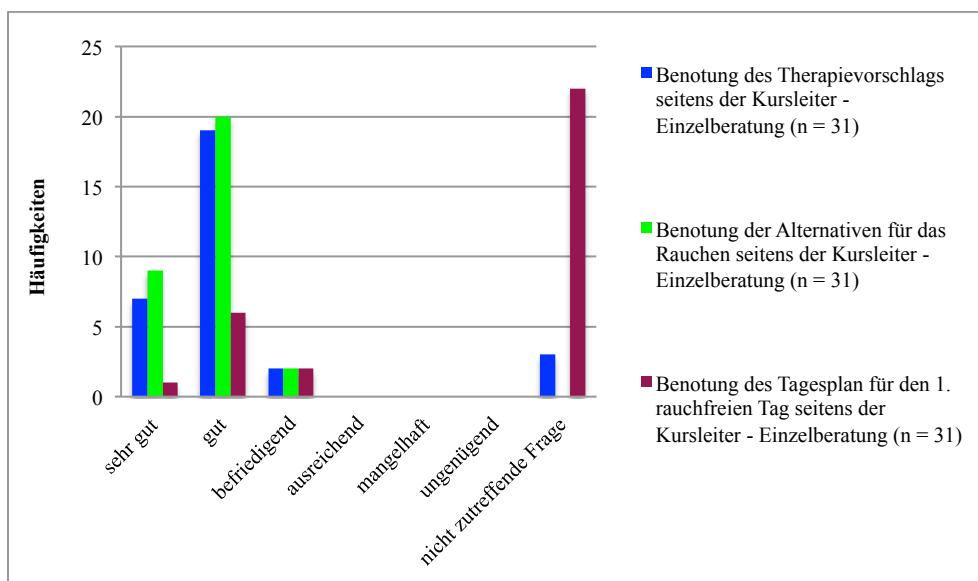


Abbildung 18: Bewertung der Interventionen der Einzelberatung seitens der Kursleiter

Mit einer durchschnittlichen Note von 1.94 (SD = 0.63; n = 31) benoteten die Kursleiter die gesamte Einzelberatung. Das genaue Notenbild ist Abbildung 19 zu entnehmen.

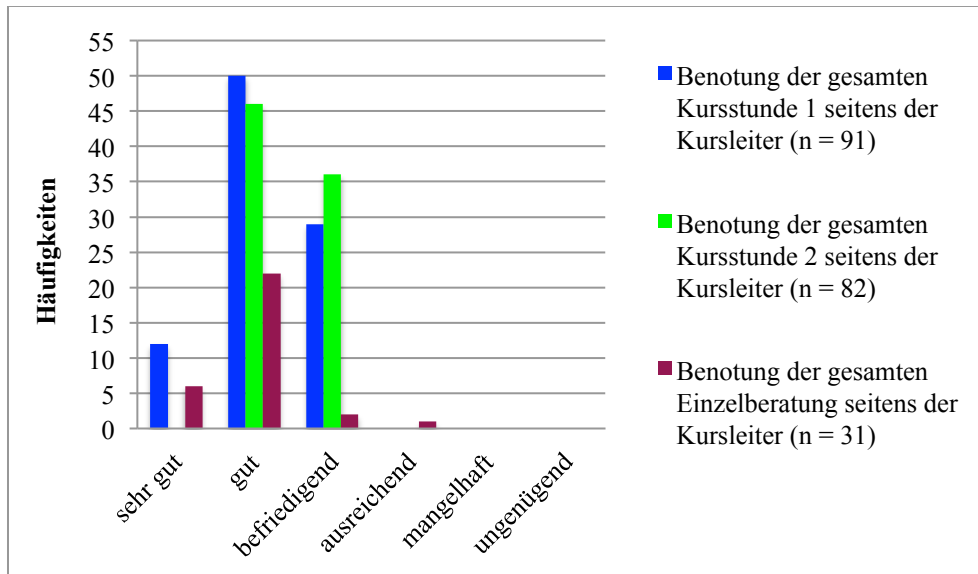


Abbildung 19: Bewertung der Kursstunde 1, Kursstunde 2 und Einzelberatung insgesamt seitens der Kursleiter

### Fragestellung 2.2.3. Werden die Inhalte der Kursstunden und der Einzelberatung von den Kursleitern als gut verständlich, sinnvoll/gewinnbringend und interessant bewertet?

Den Aspekt der Verständlichkeit, der Sinnhaftigkeit der bzw. des Gewinns und des Interesse an den Inhalten sollten die Kursleiter auf einer Skala von 1 (gar nicht) bis 5 (sehr) beurteilen. Die Tabelle 9 gibt einen Überblick über die errechneten Mittelwerte und Standardabweichungen zu Kursstunde 1, Kursstunde 2 sowie zur Einzelberatung.

Tabelle 9: Mittelwerte und Standardabweichungen der Bewertung der Verständlichkeit von, Sinnhaftigkeit/Gewinn und Interesse an den Inhalten der Kursstunden und Einzelberatung seitens der Kursleiter

	Verständlichkeit der Inhalte	Sinnhaftigkeit der bzw. Gewinn durch die Inhalte	Interesse an den Inhalten
<b>Kursstunde 1</b> n = 91	M = 3.71 (SD = 0.56)	M = 4.11 (SD = 0.31)	M = 3.58 (SD = 0.60)
<b>Kursstunde 2</b> n = 82	M = 3.95 (SD = 0.41)	M = 3.63 (SD = 0.71)	M = 3.21 (SD = 0.84)
<b>Einzelberatung</b> n = 31	M = 4.06 (SD = 0.63)	M = 4.23 (SD = 0.62)	M = 4.19 (SD = 0.75)

#### 6.4. Wirksamkeit des Rauchfrei-Programms *Rethink your Smoking*

Die Frage nach der Effektivität stellt den dritten Aspekt der Prozessevaluation dar. Mit den nachfolgenden Fragestellungen soll geklärt werden, ob und inwieweit das Rauchfrei-Programm *Rethink your Smoking* auf die Motivation und das Rauchverhalten Einfluss nimmt und sich damit als wirksamer als gegenüber der Kontrollgruppe erweist.

##### **Fragestellung 3.1. Wie wirkt sich während des stationären Aufenthaltes das Rauchfrei-Programm auf die Motivation der Patienten in der Experimentalgruppe hinsichtlich der Änderung ihres Rauchverhalten aus? Besteht dabei ein Unterschied zur Kontrollgruppe?**

Zur Messung der Motivationsänderung wurden wie bereits unter Punkt 5.4.3. beschrieben zum einen das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (TMM) von Prochaska und DiClemente (1983) herangezogen. Entsprechend der Hauptdimension des TTM wurden die Teilnehmer in Anlehnung an das *Stages of Change* – Modell nach ihrer Änderungsmotivation gefragt. Die Einteilung der Studienpatienten in die Stadien des TTM erfolgte mit Hilfe des Fragenalgorithmus von DiClemente (1991), der von Schumann und Kollegen (2003) ins Deutsche übersetzt wurde.

Die Patienten sollten folgende Frage beantworten:

**Welche der folgenden Aussagen trifft am ehesten auf Sie zu?**

- ☐ Ich habe derzeit nicht vor, mit dem Rauchen aufzuhören.  
↳ *Precontemplation*/Absichtslosigkeit
- ☐ Ich habe vor, in den nächsten 6 Monaten mit dem Rauchen aufzuhören.  
↳ *Contemplation*/Absichtsbildung
- ☐ Ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen mit dem Rauchen aufzuhören.  
↳ *Preparation*/Vorbereitung
- ☐ Ich rauche seit weniger als 6 Monaten nicht mehr.  
↳ *Action*/Handlung
- ☐ Ich rauche seit über 6 Monaten nicht mehr.  
↳ *Maintenance*/Aufrechterhaltung

Zum Zeitpunkt der Aufnahme in das stationäre Setting (t0) befanden sich fast zwei Drittel der Patienten (64.7%) der Experimentalgruppe (EG) und etwa die Hälfte der Patienten (49%) der Kontrollgruppe (KG) in der Phase der Absichtslosigkeit. Nach Abschluss der stationären Behandlung (t1) kam es zu einer leichten Veränderung der Motivationsbereitschaft beider Gruppe. Während sich in der EG der Anteil der Teilnehmer in Richtung Absichtsbildung erhöhte, nahm die Absichtslosigkeit in der KG leicht zu. In beiden Gruppen konnten jedoch Patienten zu einem Rauchstopp (siehe 3.2.) motiviert werden (siehe Abbildung 20).

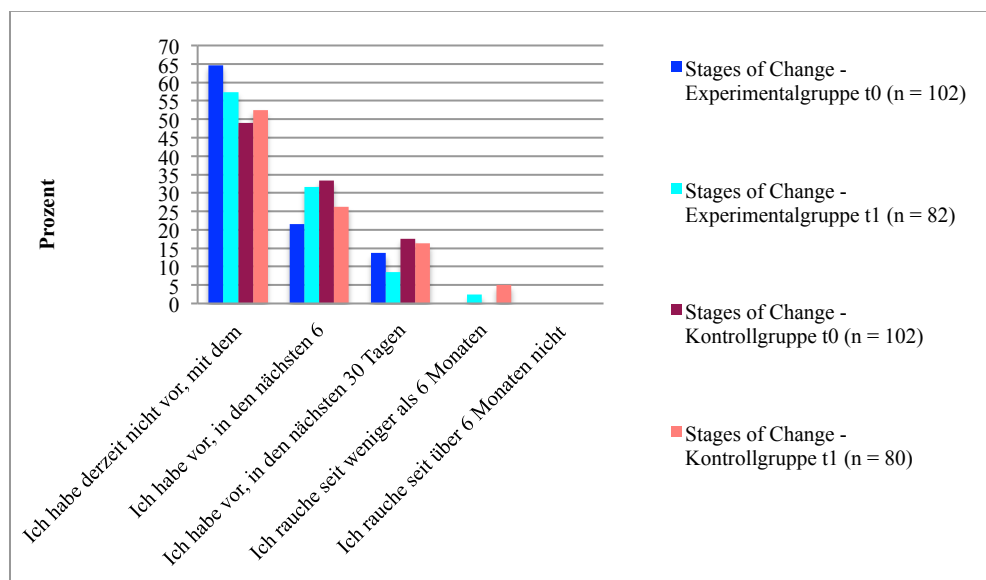


Abbildung 20: Prozentuale Verteilung der Stadien des *Stages of Change* – Modells

Obgleich bei Entlassung (t1) sowohl die Patienten der Experimental- als auch der Kontrollgruppe tendenziell motivierter waren ihr Rauchverhalten zu verändern als zu Beginn ihres stationären Aufenthaltes (t0), zeigte die ANOVA-Testung weder einen Haupteffekt für die Messwiederholung noch Effekte für den Gruppenfaktor und die Interaktion ( $F_s < 2.58$ ,  $p_s > .11$ ). Wie in Abbildung 21 dargestellt, stieg der Mittelwert in der EG von 1.49 (SD = 0.73) auf 1.56 (SD = 0.76) und für die KG von 1.69 (SD = 0.76) auf 1.74 (SD = 0.91).

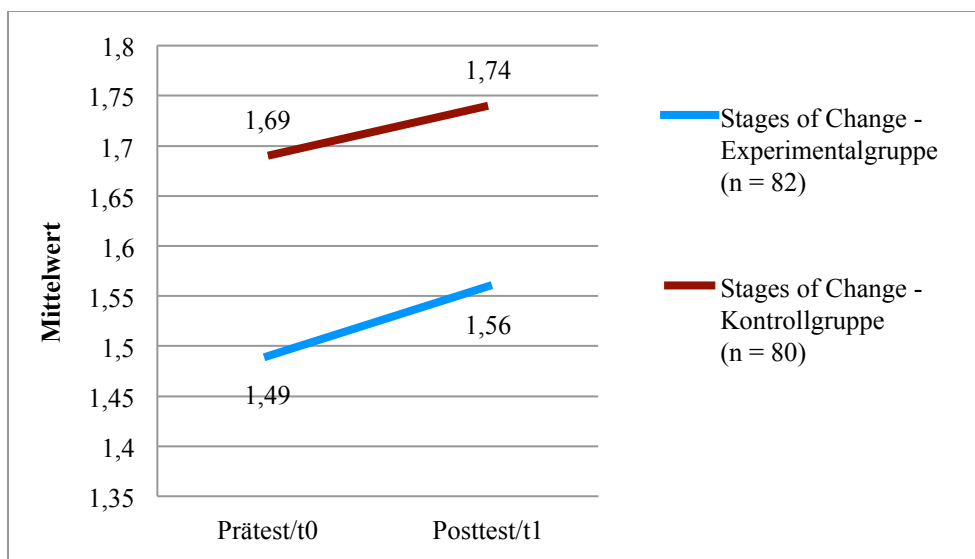


Abbildung 21: Mittelwerte des *Stages of Change* - Modells

Neben dem *Stages of Change* - Modell wurde zur Klärung der Motivation zum anderen auch die drei folgenden Fragen von Sciamanna und Kollegen (2000) verwendet.

Die erste Frage befasste sich mit dem Aufhörwillen (Wollensrating) der Patienten.

**Wie gerne wollen Sie Nichtraucher werden?**

- ☐ sehr gern
- ☐ eher gern
- ☐ eher nicht
- ☐ überhaupt nicht

Zum Zeitpunkt t0 beantwortete die Mehrheit der Patienten der Experimentalgruppe (58.8%) und der Kontrollgruppe (73.5%) die Fragen mit „sehr gerne“ oder „eher gerne“.

Ähnliche Werte ergaben sich zum Zeitpunkt t1, in denen 63.4% der EG und 70% der KG „sehr gerne“ oder „eher gerne“ Nichtraucher werden/bleiben wollten. Der Anteil der Teilnehmer, der „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“ mit dem Rauchen aufhören wollte, sank in der EG von 41.2% auf 36.6% und stieg in der KG von 26.5% auf 30% (siehe Abbildung 22).

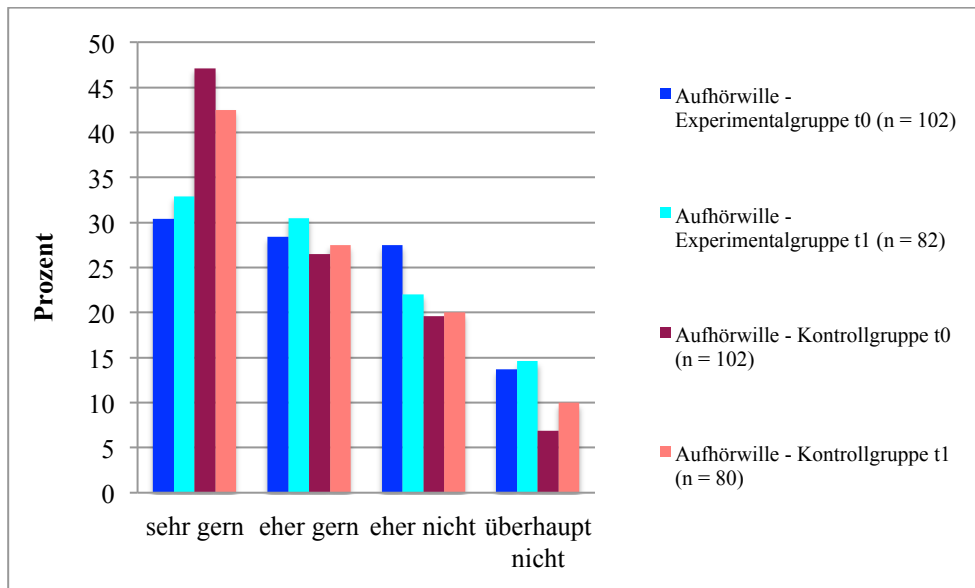


Abbildung 22: Prozentuale Verteilung der Frage nach dem Aufhörwillen

Ein Haupteffekt für die Messwiederholung war ebenso nicht gegeben ( $F(1, 160) = 0.16$ ,  $p = .69$ ) wie eine Wechselwirkung zwischen den Faktoren Gruppe und Wiederholung ( $F(1, 160) = 1.79$ ,  $p = .18$ ). Jedoch ergab sich ein Haupteffekt für den Gruppenfaktor ( $F(1, 160) = 3.96$ ,  $p < .05$ ,  $\eta^2 = .02$ ; siehe Abbildung 23).

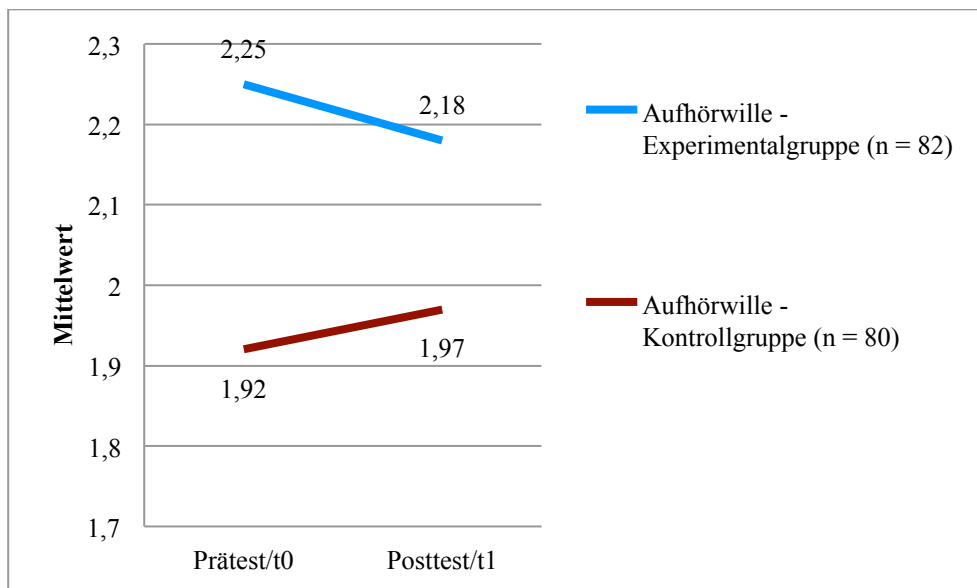


Abbildung 23: Mittelwerte zu der Frage nach dem Aufhörwillen

Die zweite Frage untersuchte die Aufhörmotivation der Studienteilnehmer.

**Wie motiviert sind Sie aktuell, Ihr Rauchverhalten zu verändern?**

1-----2-----3-----4-----5  
wenig sehr

Bezüglich der Aufhörmotivation zeigte sich, dass die Teilnehmer der Kontrollgruppe sowohl zum Zeitpunkt t0 als auch t1 aktuell motivierter waren ihr Rauchverhalten zu verändern als die der Experimentalgruppe. Zu Beginn des stationären Aufenthaltes schätzten 43.2% der EG ihre Motivation zwischen „mittel“ bis „sehr“. Der Anteil der KG lag dabei bei 66.6%. Innerhalb der Behandlungszeit steigerte sich die Motivation auf 52.4% in der EG und 71.3% der KG (siehe Abbildung 24).

Die Testung ermittelte weder einen Haupteffekt für die Messwiederholung ( $F(1, 160) = 2.69, p = .11$ ) noch einen Effekt für die Wechselwirkung der Faktoren Gruppe und Messwiederholung ( $F(1, 160) = 0.80, p = .374$ ). Es trat jedoch ein Haupteffekt für den Gruppenfaktor auf ( $F(1, 160) = 9.38, p < .01, \eta^2 = .06$ ). Abbildung 25 zeigt die Entwicklung der Mittelwerte über die beiden Messzeitpunkte hinweg.



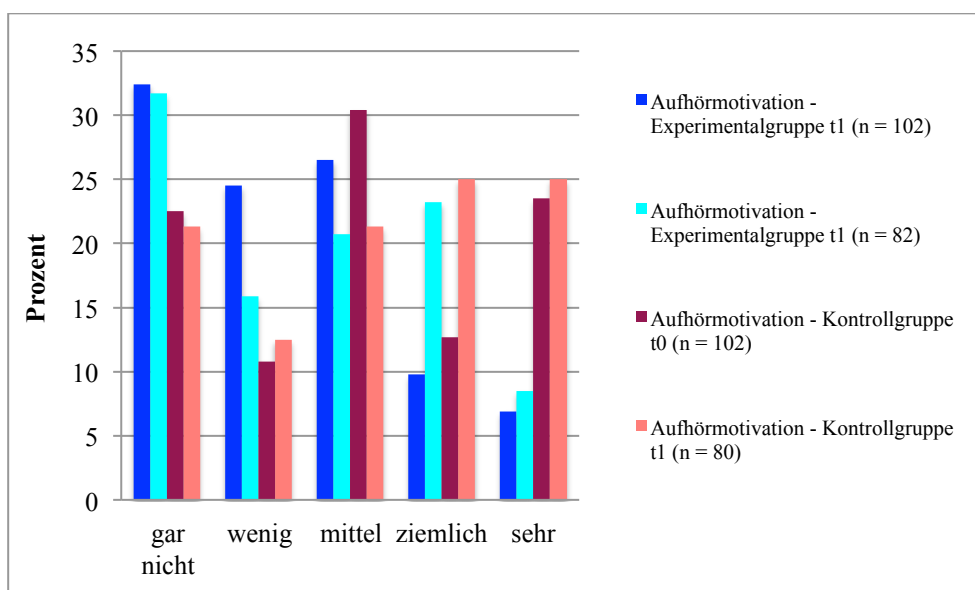


Abbildung 24: Prozentuale Verteilung der Frage nach der Aufhörmotivation

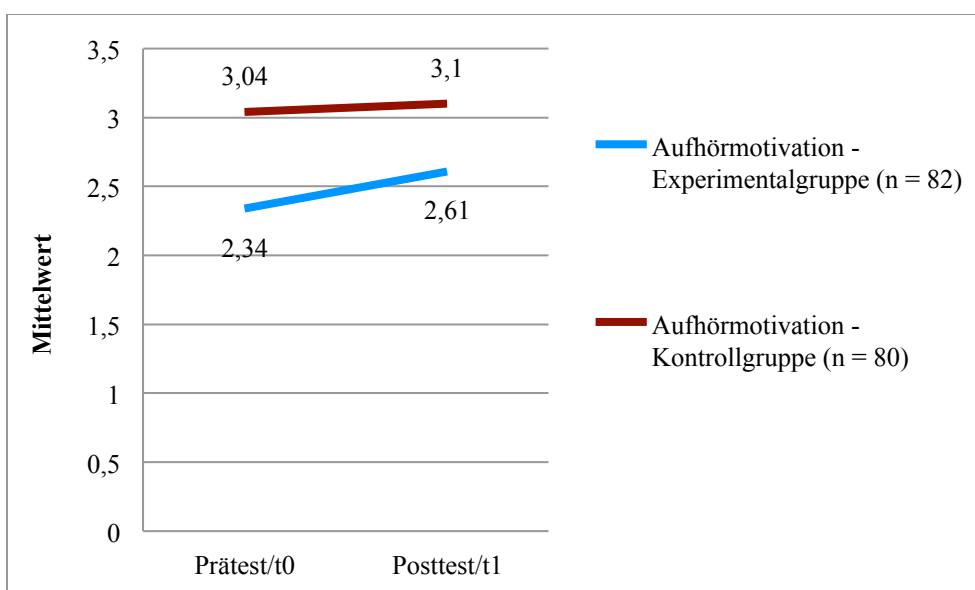


Abbildung 25: Mittelwerte zu der Frage nach der Aufhörmotivation

Mit der dritten Frage wurde die Aufhörwahrscheinlichkeit (Wahrscheinlichkeitsrating) ermittelt.

**Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie als Nichtraucher die Klinik verlassen werden? bzw. Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in einem Monat Nichtraucher sind / noch sein werden?**

- ☐ sehr wahrscheinlich
- ☐ eher wahrscheinlich
- ☐ eher unwahrscheinlich
- ☐ sehr unwahrscheinlich

Die Wahrscheinlichkeit, die Klinik als Nichtraucher zu verlassen, schätzten zum Zeitpunkt t0 die Mehrheit der Patienten als „eher unwahrscheinlich“ bzw. „sehr unwahrscheinlich“ ein, mit einem Anteil von 82.3% in der Experimentalgruppe und von 81.4% in der Kontrollgruppe. Bis zum Zeitpunkt t1 reduzierte sich dieser Anteil auf 74.4% in der EG und auf 71.3% in der KG in Richtung „eher wahrscheinlich“ bzw. „sehr wahrscheinlich“ (Abbildung 26). Bei der Testung zeigte sich ein Haupteffekt für die Messwiederholung ( $F(1, 160) = 12.00, p < .01, \eta^2 = .07$ ), jedoch kein Effekt für den Gruppenfaktor ( $F(1, 160) = 2.40, p = .12$ ). Ebenso konnte kein Effekt für die Interaktion festgestellt werden ( $F(1, 160) = 0.051, p = .82$ ; siehe Abbildung 27).

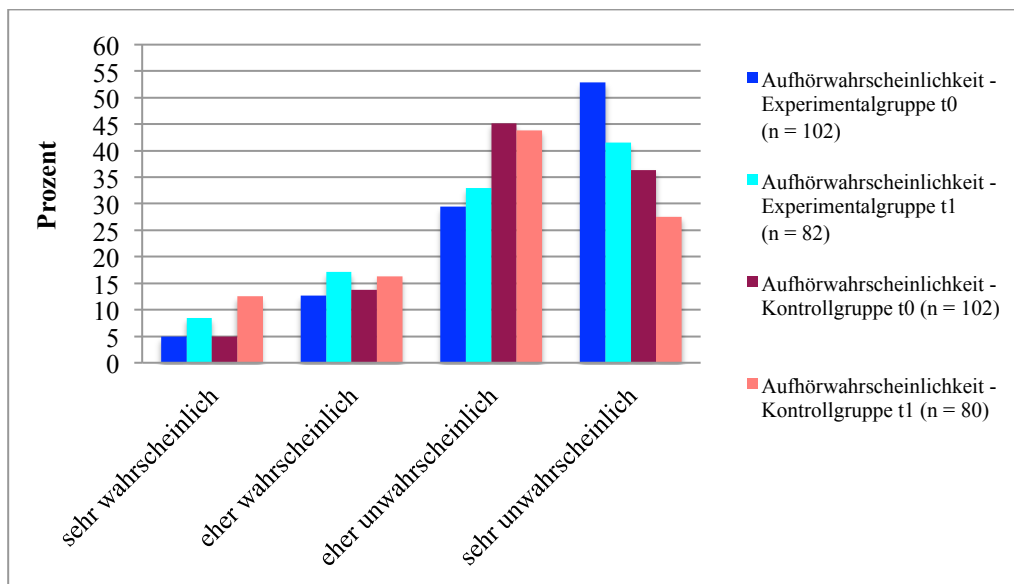


Abbildung 26: Prozentuale Verteilung der Frage nach der Aufhörwahrscheinlichkeit

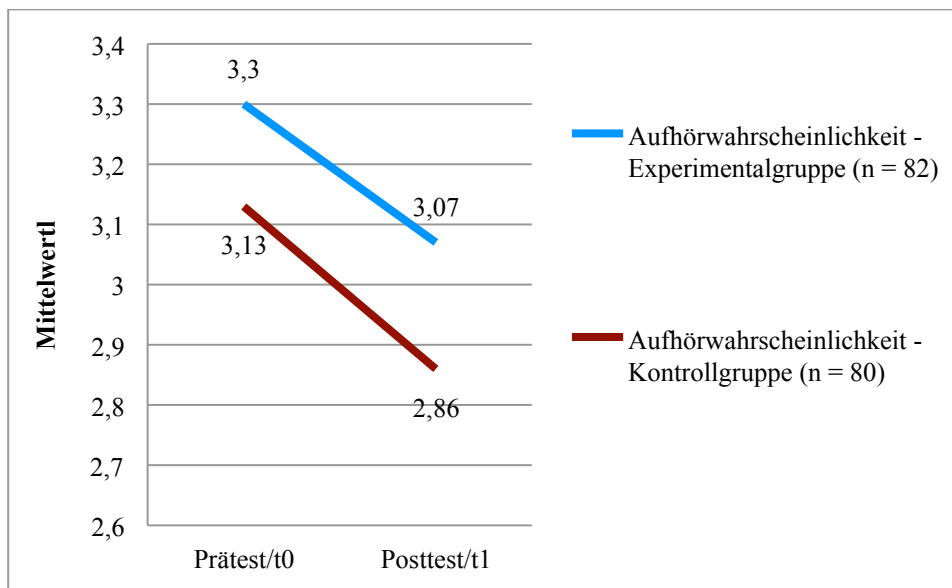


Abbildung 27: Mittelwerte zu der Frage nach der Aufhörswahrscheinlichkeit

**Fragestellung 3.2. Wie wirkt sich während des stationären Aufenthaltes das Rauchfrei-Programm auf das Rauchverhalten der Patienten in der Experimentalgruppe aus? Besteht dabei ein Unterschied zur Kontrollgruppe?**

Um die Frage zu beantworten, welchen Effekt das Rauchfrei-Programm auf das Rauchverhalten der Patienten nimmt, wurde, wie bereits unter Punkt 5.4.3. beschrieben, der Menge-Frequenz-Index (Kraus & Augustin, 2001) sowie der *Fagerström Test for Nicotine Dependence* (Heatherton et al., 1991) herangezogen.

Während bei der Testung des Menge-Frequenz-Index (MFI) ein Haupteffekt für die Messwiederholung ( $F(1, 160) = 31.50, p < .001, \eta^2 = .17$ ) nachgewiesen werden konnte, zeigte sich jedoch kein Haupteffekt für den Gruppenfaktor ( $F(1, 160) = 2.45, p = .12$ ) und keine Wechselwirkung zwischen den Faktoren Gruppe und Messzeitpunkt ( $F(1, 160) = 0.97, p = .33$ ).

Wie in Abbildung 28 verdeutlicht, sank der Mittelwert des MFI der Experimentalgruppe von 23.80 (SD = 11.63) auf 20.82 (SD = 9.96). Der mittlere Wert der Kontrollgruppe reduzierte sich von 23.05 Zigaretten pro Tag (SD = 13.03) auf 17.45 (SD = 10.57).

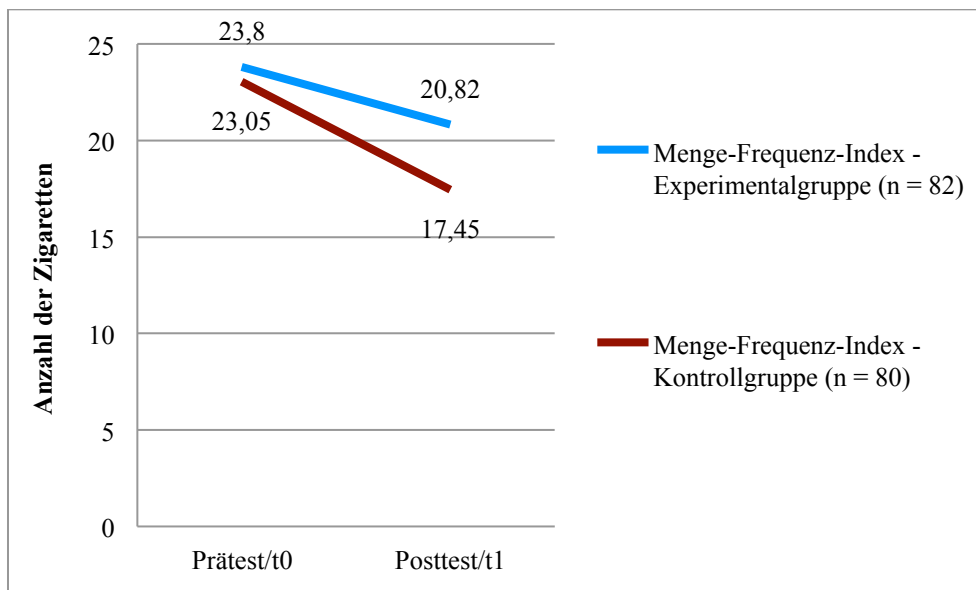
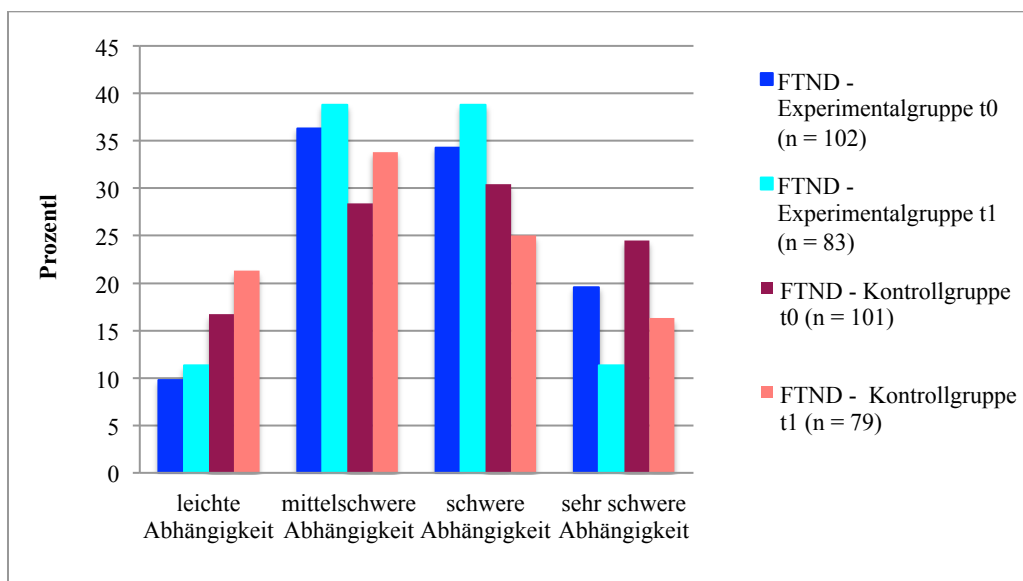
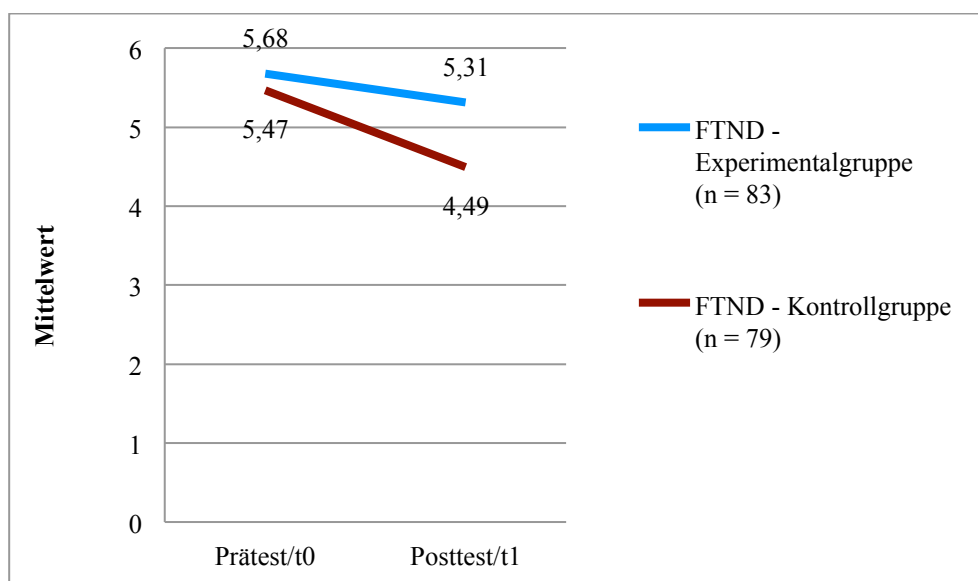


Abbildung 28: Mittelwerte des Menge-Frequenz-Indexes

Nach dem Fagerström-Test wies die Mehrheit der Patienten beider Versuchsgruppen zum Zeitpunkt der Aufnahme (t0) eine „mittelschwere“ bis „schwere“ Abhängigkeit auf (EG: 70,6%; KG: 58,8%). Ähnliche Werte ergaben sich auch zum Zeitpunkt der Entlassung (t1) sowohl für die EG (77,6%) als auch für die KG (58,8%; siehe Abbildung 29). Bei der Auswertung der Rohdaten (nicht geclustert) ergab sich ein Haupteffekt für die Messwiederholung ( $F(1, 159) = 26.58, p < 0.001, \eta^2 = .14$ ), jedoch weder ein Haupteffekt für den Gruppenfaktor noch eine Wechselwirkung zwischen den Faktoren Gruppe und Messzeitpunkt ( $F_s < 2.63, p_s > .09$ ). Abbildung 30 bildet die Entwicklung der Mittelwerte über die beiden Messzeitpunkte hinweg ab. Ergänzend ließ sich feststellen, dass im Anschluss an das Rauchfrei-Programm weniger Patienten eine „sehr schwere“ Abhängigkeit aufwiesen, als zum Aufnahmezeitpunkt.

Abbildung 29: Prozentuale Verteilung des *Fagerström Tests for Nicotine Dependence*Abbildung 30: Mittelwerte des *Fagerström Tests for Nicotine Dependence*

Darüber hinaus konnten acht Patienten der Experimentalgruppe und sechs Patienten der Kontrollgruppe dazu bewegt werden während ihres stationären Aufenthaltes einen Rauchstopp zu machen, von denen jeweils zwei diesen bis zur Entlassung aufrecht erhielten.

## 7 Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es, anhand einer quasi-experimentellen Interventionsstudie mit Kontrollgruppendesign, die Erstellung, Implementierung sowie Evaluation des Rauchfrei-Programms *Rethink your Smoking* zu untersuchen. Die Evaluation befasste sich im Einzelnen mit der Akzeptanz, Umsetzbarkeit und Wirksamkeit des Programms. Zur Klärung der Fragestellungen wurden zum einen der Prä- und Posttest und zum anderen die Patienten- und Kursleiterfragebögen von Kursstunde 1, Kursstunde 2 sowie der Einzelberatung herangezogen. In Tabelle 10 werden zunächst nochmals alle Fragestellungen und die dazugehörigen Ergebnisse zusammengefasst. Im nächsten Unterpunkt erfolgt die Diskussion der methodischen Qualität der Untersuchung, als Voraussetzung für die Interpretation der Ergebnisse. Dafür werden das Rauchfrei-Programm *Rethink your Smoking*, die Stichprobe, die Durchführung der Intervention und die Messinstrumente dieser Studie auf ihre Reliabilität (Zuverlässigkeit) sowie Validität (Genauigkeit, Gültigkeit) geprüft. Beim letztgenannten Testgütekriterium unterscheidet man zwischen (Cook & Campbell, 1979):

- statistischer Validität: beurteilt, ob angemessene Verfahren richtig angewendet und interpretiert werden.
- interner Validität: liegt vor, wenn die Ergebnisse einer Studie kausal eindeutig interpretierbar sind. Statistische Fehler sollten dabei möglichst gering gehalten werden.
- Konstruktvalidität: ist gegeben, wenn Untersuchungssituation, Art der Intervention und Messinstrumente so operationalisiert wurden, dass die abhängigen sowie unabhängigen Variablen das dahinter liegende Konstrukt tatsächlich erfassen.
- externer Validität: befasst sich mit der Frage, inwieweit die Ergebnisse einer Studie auf die Zielpopulation, auf andere Situationen bzw. Settings sowie Zeitpunkte übertragbar sind.

Abschließend werden die Ergebnisse der Studie diskutiert.

## 7.1. Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 10: Übersicht und Zusammenfassung der Fragestellungen und dazugehörigen Ergebnisse

Fragestellung	Ergebnis
<b>1. Ist das Rauchfrei-Programm <i>Rethink your Smoking</i> zur Raucherberatung und -entwöhnung bei tabakabhängigen Patienten mit einer weiteren Suchterkrankung auf der Akutstation umsetzbar?</b>	
1.1. Können die Inhalte des Rauchfrei-Programms in den Kursstunden durchgeführt werden?	Ja. Im Durchschnitt konnten die Kursleiter die Inhalte in Kursstunde 1 zu 96.9% und in Kursstunde 2 zu 90.6% umsetzen.
1.2. Können die Inhalte der Kursstunden sowie der Einzelberatung in der vorgegebenen Zeit durchgeführt werden?	Ja. Im Durchschnitt konnten die Kursleiter die Inhalte in der vorgegebenen Zeit durchführen. Die Mittelwerte lagen für Kursstunde 1 bei 4.74, für Kursstunde 2 bei 4.20 und für die Einzelberatung bei 4.06 (fünfstufige Skala).
1.3. Können sich die Kursleiter bei der Intervention gut am Manual orientieren?	Ja. Die Kursleiter konnten sich gut am Manual orientieren. Der mittlere Wert für die erste Kursstunde betrug 4.18, für die zweite Kursstunde 4.02 und für die Einzelberatung 3.84 (fünfstufige Skala).
<b>2. Wird das Rauchfrei-Programm <i>Rethink your Smoking</i> akzeptiert?</b>	
<b>a) Seitens der Patienten</b>	
2.1.1. Arbeiten die Patienten in den Kursstunden und in der Einzelberatung konzentriert mit?	Ja. Für die Kursstunde 1 ergab sich eine gute Konzentration von 69.7%. Bei der Kursstunde 2 zeigte sich eine durchschnittliche Konzentrationsleistung von 61.4%. Während der Einzelberatung waren alle Patienten konzentriert (Skala: ja/nein).
2.1.2. Wie bewerten die Patienten ihre eigene Mitarbeit/Motivation?	Durchschnittlich bis gut. Die Patienten bewerteten ihre eigene Motivation/Mitarbeit in der ersten Kurseinheit im Mittel mit 2.69, in der zweiten Kurseinheit mit 2.68 und in der Einzelberatung mit 1.77 (Schulnotenskala).

- 2.1.3. Wie bewerten die Patienten die Einzelinhalte sowie die Kursstunden und die Einzelberatung insgesamt?

Gut bis sehr gut. Es ergaben sich folgende Mittelwerte (Schulnotenskala):

Kurstunde 1 - Vortrag	1.95
Kurstunde 1 - gesamt	2.17
Kurstunde 2 - Argumente	2.07
Kurstunde 2 - gesamt	2.05
Einzelberatung - Therapieverschlagn	1.43
Einzelberatung - Alternativen	1.68
Einzelberatung - Tagesplan	1.22
Einzelberatung - gesamt	1.32

- 2.1.4. Wie bewerten die Patienten bei Entlassung das Rauchfrei-Programm?

Gut. Die Durchschnittsnote betrug 2.25.

- 2.1.5. Werden die Inhalte der Kursstunden und der Einzelberatung von den Patienten als gut verstandlich, sinnvoll/gewinnbringend und interessant bewertet?

Ja. Es ergaben sich folgende Mittelwerte (funfstufige Skala):

Kurstunde 1 - Verstandlichkeit	4.28
Kurstunde 1 - Sinnhaftigkeit	3.51
Kurstunde 1 - Interesse	3.77
Kurstunde 2 - Verstandlichkeit	4.16
Kurstunde 2 - Sinnhaftigkeit	3.65
Kurstunde 2 - Interesse	3.65
Einzelberatung - Verstandlichkeit	4.65
Einzelberatung - Sinnhaftigkeit	4.58
Einzelberatung - Interesse	4.68

## b) Seitens der Kursleiter

- 2.1.6. Wie bewerten die Kursleiter die Mitarbeit/Motivation der Patienten?

Durchschnittlich bis gut. Die Kursleiter bewerteten die Motivation/Mitarbeit der Patienten in der ersten Kurseinheit im Mittel mit 2.53, in der zweiten Kurseinheit mit 2.55 und in der Einzelberatung mit 1.58 (Schulnotenskala).

- 2.2.2. Wie bewerten die Kursleiter die Einzelinhalte sowie die Kursstunden und die Einzelberatung insgesamt?

Gut. Es ergaben sich folgende Mittelwerte (Schulnotenskala):

Kurstunde 1 - Vortrag	2.29
Kurstunde 1 - gesamt	2.19
Kurstunde 2 - Argumente	2.21
Kurstunde 2 - gesamt	2.44
Einzelberatung - Therapieverschlagn	1.82
Einzelberatung - Alternativen	1.77
Einzelberatung - Tagesplan	2.11
Einzelberatung - gesamt	1.94



- 2.2.3. Werden die Inhalte der Kursstunden und der Einzelberatung von den Kursleitern als gut verständlich, sinnvoll/gewinnbringend und interessant bewertet?

Ja. Es ergaben sich folgende Mittelwerte (fünfstufige Skala):

Kurstunde 1 - Verständlichkeit	3.71
Kurstunde 1 - Sinnhaftigkeit	4.11
Kurstunde 1 - Interesse	3.58
Kurstunde 2 - Verständlichkeit	3.95
Kurstunde 2 - Sinnhaftigkeit	3.63
Kurstunde 2 - Interesse	3.21
Einzelberatung - Verständlichkeit	4.06
Einzelberatung - Sinnhaftigkeit	4.23
Einzelberatung - Interesse	4.19

### 3. Erweist sich das Rauchfrei-Programm *Rethink your Smoking* als wirksame Intervention?

- 3.1. Wie wirkt sich während des stationären Aufenthaltes das Rauchfrei-Programm auf die Motivation der Patienten in der Experimentalgruppe hinsichtlich der Änderung ihres Rauchverhalten aus? Besteht dabei ein Unterschied zur Kontrollgruppe?
- Das Rauchfrei-Programm hatte keinen signifikanten positiven Einfluss auf die Änderungsmotivation der Experimentalgruppe. Es kam zu keinen statistisch bedeutsamen Veränderungen, außer im Bereich der Aufhörungswahrscheinlichkeit, welche sich bis zum Zeitpunkt der Entlassung signifikant erhöhte.
- Im Vergleich zur Kontrollgruppe erwies sich das Rauchfrei-Programm hinsichtlich der Änderungsmotivation nicht als wirksamere Intervention.
- 3.2. Wie wirkt sich während des stationären Aufenthaltes das Rauchfrei-Programm auf das Rauchverhalten der Patienten in der Experimentalgruppe aus? Besteht dabei ein Unterschied zur Kontrollgruppe?
- Das Rauchfrei-Programm hatte einen signifikanten positiven Einfluss auf das Rauchverhalten der Experimentalgruppe. Der Menge-Frequenz-Index sank im Durchschnitt von 23.80 auf 20.82, der Nikotinabhängigkeitsgrad (FTND-Test) reduzierte sich von einem Mittel von 5.68 auf 5.31.
- Innerhalb der Kontrollgruppe kam es ebenfalls zu einer signifikanten Reduktion des Menge-Frequenz-Index von 23.05 auf 17.45 sowie zu einer statistisch bedeutsame Abnahme der körperlichen Nikotinabhängigkeit (FTND-Test) von 5.47 auf 4.49.

## 7.2. Diskussion der methodischen Qualität der Studie

### 7.2.1. Das Rauchfrei-Programm *Rethink your Smoking*

Um eine optimale Implementation, im Sinne der Konstruktvalidität, zu überprüfen und zu gewährleisten, wurde das Rauchfrei-Programm *Rethink your Smoking*, unter Berücksichtigung der Erfahrungen und Ergebnisse der Vorstudie, weiterentwickelt und manualisiert (siehe 5.2.). Im Anschluss erfolgte eine ausführliche Schulung der Kursleiter und des Personals der Station hinsichtlich der Durchführung, Datenerhebung sowie Nikotinersatztherapie. Zur Überprüfung der Menge sowie Güte der umgesetzten Inhalte wurde eine umfangreiche Prozessevaluation durchgeführt. Mit Hilfe von Fragebögen wurde die Umsetzbarkeit, Akzeptanz sowie Wirksamkeit überprüft (siehe 5.3 & 5.4). Deren Ergebnisse belegen, dass sich das Rauchfrei-Programm von geschulten Kursleitern gut umsetzen ließ und akzeptiert wurde (siehe 6.2.). Durch die strenge Manualisierung und hohe Strukturiertheit des Rauchfrei-Programms *Rethink your Smoking*, inklusive aller Arbeitsmaterialien, konnte eine standardisierte Umsetzung sichergestellt werden, was Voraussetzung für eine reliable Implementation des Treatments ist.

Kritisch zu sehen ist, dass trotz der Standardisierung der Intervention die Persönlichkeit und das individuelle Verhalten jedes Kursleiters eine Rolle spielt. Je nach Engagement, Auftreten und Erfahrung im Umgang mit Suchtpatienten beeinflusste dies die Motivation sowie Akzeptanz des Programms seitens der Teilnehmer (Konstruktvalidität). Darüber hinaus erfolgte die Durchführung der Intervention sowie Datenerhebung über die Kursleiter, welche Manual, Fragebögen und Studienkonzept erstellten. Demnach wäre der Einsatz von unabhängigen Kursleitern, Beobachtern oder Videoaufzeichnungen, die eine objektivere Beurteilung ermöglichen würden, sinnvoll gewesen (Petermann, 1999).

### 7.2.2. Stichprobe

Die Erhebung der Stichprobe erfolgte für die Experimental- und Kontrollgruppe, im Sinne der internen Validität, zeitlich getrennt und umfasste zum Zeitpunkt t0 (Prätest) jeweils 102 Patienten. Die quasi-randomisierte Zuordnung der Teilnehmer in die laufende Intervention erhöhte die Wahrscheinlichkeit einer gleichmäßigen Verteilung möglicher Störvariablen. Die damit verbundene Prätestäquivalenz ergab einen signifikanten

Unterschied zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich der Geschlechterverteilung, Stadium der Veränderungsbereitschaft (*Stages of Change*), Aufhörwille sowie Aufhörmotivation. Die zum Teil nicht gegebene Prätestäquivalenz der Stichprobencharakteristika trotz der Quasi-Randomisierung ist nicht auf eine ersichtliche Systematik zurückzuführen. Das Risiko für eine Verfälschung der Effekte fällt nicht zu Ungunsten einer der Gruppen aus. Während in der Experimentalgruppe der Anteil der männlichen Probanden größer war, was ein Prädiktor für die Abstinenz darstellt (Tait et al., 2006), ergab sich in der Kontrollgruppe ein größerer Anteil hinsichtlich der Änderungsmotivation. Im Bezug auf die weiteren soziodemographische Daten, Rauchdauer, Abhängigkeitserkrankungen und zusätzliche psychiatrische Diagnosen sowie Aufhörwahrscheinlichkeit, Menge-Frequenz-Index und körperlicher Abhängigkeitsgrad nach dem FTND-Test kam es zu keinen statistisch bedeutsamen Unterschieden. Eine randomisierte Zuordnung der Patienten wäre in Bezug auf die Validität wünschenswert gewesen, jedoch auf der Station nicht umsetzbar gewesen. Darüber hinaus wurde der Schwerpunkt der Studie auf die Erstellung und Implementierung des Rauchfrei-Programms *Rethink your Smoking* gelegt.

Mit einer Stichprobengröße von jeweils 102 Teilnehmern zum Zeitpunkt t0 und einer Drop-out-Rate von etwa jeweils 20% zum Zeitpunkt t1 zählt die Studie zu den kleineren Untersuchungen im Bereich der Tabakentwöhnung im stationären Setting. Aufgrund der kleinen Fallzahlen und unter Berücksichtigung der untersuchten Variablen, nämlich Rauchberatung und -entwöhnung bei Patienten mit komorbider Suchterkrankung, besitzt die Studie nur eine gewisse Repräsentativität bzw. Aussagekraft (externe Validität) und kann nicht ohne weiteres auf die Allgemeinbevölkerung übertragen werden. Im Gegensatz zur rauchenden Normalbevölkerung sind sie durch ihrer primären Suchterkrankung stärker belastet und weisen eine geringere Selbstwirksamkeitserwartung auf (Bühler et al., 2004). Eine Drop-out-Analyse wurde in dieser Studie nicht vorgenommen (siehe 5.5.).

Des Weiteren wurde nicht geklärt, aus welchen motivationalen Gründen die Patienten an der Studie teilnahmen. Es ist anzunehmen, dass sich nur diejenigen Patienten beteiligten, die einer Raucherberatung und -entwöhnung positiver, motivierter oder interessierter gegenüber standen. Es besteht die Gefahr einer sogenannte Schweigeverzerrung

(*non-response-bias*), indem die teilnehmenden Patienten andere Antworten gegeben haben als diejenigen, die nicht an der Studie teilgenommen haben. Es handelt sich möglicherweise in dieser Studie um eine spezifische Subgruppe von Patienten. Demnach ist die Generalisierbarkeit (externe Validität) der Ergebnisse nur im Hinblick auf rauchende Patienten mit komorbider Suchterkrankung zulässig, die ebenfalls freiwillig an einem derartigen Programm teilnahmen. Trotz der genannten Einschränkungen kann die Studie als Grundlage für weitere Untersuchung dienen.

### 7.2.3. Durchführung der Intervention

Wie bereits unter 5.2. und 5.3. ausführlich beschrieben, erhielt die Experimentalgruppe als Intervention das Rauchfrei-Programm *Rethink your Smoking* (Gradl & Kröger, überarbeitet von Ruderer, A., unveröffentlicht) und die Kontrollgruppe eine kurze Aufklärung über die Vergabe und mögliche Anwendung von Nikotinersatzpräparaten. Anstelle einer Wartekontrollgruppe entschied man sich für diese Form der Vergleichsgruppe, da bereits seit 2007 auf der allgemeinspsychiatrischen Station mit dem Schwerpunkt Abhängigkeitserkrankungen der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München routinemäßig Nikotinersatzpräparate an tabakabhängige Patienten vergeben werden, wenn sie den Tabakkonsum reduzieren möchten. Des Weiteren sollte damit überprüft werden, welchen Effekt die verhaltenstherapeutischen Interventionen haben. Der Nachteil an der Vorgehensweise bestand darin, dass die Kontrollgruppe eine Art Kurz- bzw. Minimalintervention erhielt, deren Wirksamkeit in einer Vielzahl von Studien überprüft wurde und durch Metaanalysen gut belegt ist (Batra et al., 2006; Fiore, M.C. et al., 2008). Damit sank die Wahrscheinlichkeit in dieser Studie signifikante Unterschiede in Bezug auf die Fragestellung nach der Effektivität des Rauchfrei-Programms *Rethink your Smoking* im Vergleich zur Kontrollgruppe zu erhalten (Konstruktvalidität). Die dazugehörigen Ergebnisse werden unter 7.3.3. diskutiert.

Eine Frage der internen Validität ist, inwiefern die Kovariation zwischen Intervention und abhängiger Variablen kausal und in eine bestimmte Richtung (Intervention beeinflusst abhängige Variable) interpretiert werden können. Eine notwendige, wenn auch nicht hinreichende Voraussetzung für Kausalität ist die zeitliche Abfolge, die in der

vorliegenden Studie anhand einer Längsschnittuntersuchung mit Prätest, Posttest sowie Katamnese-Erhebung nach drei und sechs Monaten nachvollzogen wurde.

Des Weiteren ist die konstante Einhaltung der äußeren Rahmenbedingungen der Studie als positiv zu werten (Konstruktvalidität). Die Datenerhebung erfolgte für die Experimental- und Kontrollgruppe zeitlich getrennt. Während des Erhebungszeitraumes (Juni 2010 bis September 2011) wurde alle drei Monate zwischen den Interventionen gewechselt, ohne diese zu verändern.

#### 7.2.4. Messinstrumente

Bei den zur Datenerhebung verwendeten Skalen handelt es sich um bereits evaluierte und bewährte Messinstrumente, was eine reliable und valide Beurteilung gewährleistete. Durch die Wiederholung der Fragen zu den verschiedenen Messzeitpunkten, konnte eine bessere Vergleichbarkeit der Daten sichergestellt werden. Darüber hinaus erfolgte die Implementationskontrolle durch unterschiedliche Quellen. Neben den Patienten wurden auch die Kursleiter befragt, was die Konstruktvalidität steigerte.

Die in der vorliegenden Studie verwendeten Patientendaten stammten ausschließlich von Selbstaussagen. Aufgrund dessen kann es zu Prozessen der sozialen Erwünschtheit, Simulationen oder Leugnungen kommen, welche die Konstruktvalidität einschränken können. Mit Hilfe einer zusätzlichen biochemischen Validierung (Kohlenmonoxid-Messung der Atemluft) während der Einzelberatung konnte dieser Einschränkung ein Stück weit entgegengewirkt werden, jedoch hätte sie idealerweise auch zum Zeitpunkt der Entlassung ( $t_1$ ) bei allen Studienteilnehmern vorgenommen werden sollen (West, 2005). Dies hätte die Ehrlichkeit der Patienten und die Objektivität bzw. Aussagekraft der Messinstrumente möglicherweise erhöht. Demgegenüber bestand aber auch die Gefahr, dass eine biochemischen Überprüfung der Angaben mit einem erhöhten Ausfall an Teilnehmern einhergeht, weil die Patienten die biochemische Überprüfung als aversiv erleben (Hansen, 2002). Dennoch können nach Ansicht von Velicer und Kollegen (1992) selbstberichtete Angaben im Bereich der Tabakentwöhnung, insbesondere bei erwachsenen Studienteilnehmern, als hinreichend valide betrachtet werden. Patienten, die ihr Rauchverhalten nicht (mehr) verändern wollten, hatten mit keinerlei negativen Konsequenzen zu rechnen. Darüber hinaus wurde den Teilnehmer die Studie transparent

und detailliert erläutert sowie eine Anonymisierung ihrer Daten zugesichert. Nach Hansen (2002) fördert dieses Vorgehen die Ehrlichkeit und Offenheit der Teilnehmer in ihrem Antwortverhalten. Nicht zuletzt entsprechen die minimalen Abstinenzquoten der Studie einer Reihe anderer Untersuchungsergebnisse im Bereich der Raucherberatung und -entwöhnung (Metz et al., 2005; Sussman, 2002), was für reliable Messung spricht.

#### 7.2.5. Zusammenfassung der methodischen Qualität der Studie

Die methodische Qualität der Studie wird als zufriedenstellend erachtet. Die Zuteilung der Patienten zu den jeweiligen Gruppen erfolgte quasi-randomisiert und deren Vergleichbarkeit wurde durch eine Überprüfung der Prätestäquivalenz sichergestellt. Die Teilnehmer wurden über mehrere Messzeitpunkte (Längsschnittdesign) und anhand von etablierten, reliablen Messinstrumenten befragt. Darüber hinaus erfolgte die Implementationskontrolle aus unterschiedlichen Quellen, nämlich seitens der Kursleiter wie auch seitens der Kursteilnehmer. Die Interpretation der Ergebnisse wird als zulässig erachtet.

### 7.3. Diskussion der Ergebnisse

#### 7.3.1. Umsetzbarkeit des Rauchfrei-Programms *Rethink your Smoking*

Die Umsetzbarkeit des Rauchfrei-Programms *Rethink your Smoking* seitens der Kursleiter wurde anhand der Implementationsmenge beurteilt. Im Einzelnen umfasste dies die Menge der umgesetzten Inhalte, die dafür benötigte Zeit und die Möglichkeit der Orientierung am Manual. Darüber hinaus müssen genügend Teilnehmer in den Kursstunden anwesend sein.

Die Evaluationsstudie konnte mit einem Großteil der Patienten (Kurstunde 1: n = 91; Kurstunde 2: n = 81) durchgeführt werden. Die für die jeweilige Stunde vorgesehenen Inhalte konnten sowohl in der Kurseinheit 1 (96.9%) als auch in der Kurseinheit 2 (90.62%) fast vollständig umgesetzt werden. Der etwas geringere Prozentsatz in der zweiten Kurstunde lässt sich eventuell dadurch erklären, dass innerhalb dieser Informationsgruppe das Sammeln der Argumente „Pro-Rauchen und Pro-Rauchfrei“ mehr Zeit in Anspruch genommen hat. Zeigte sich die Gruppe wenig motiviert, bemühten sich die

Kursleiter die Teilnehmer zur Mitarbeit anzuregen. Waren die Patienten hingegen sehr motiviert, versuchte der Gruppenleiter jedem Beitrag Raum zu geben.

Ein ähnlich gutes Ergebnis ergab sich hinsichtlich des Zeitkriteriums. Im Durchschnitt könnten die Kursleiter die Inhalte in der vorgegebenen Zeit gut durchführen. Der minimale Unterschied zwischen der ersten und zweiten Kurseinheit könnte dadurch bedingt sein, dass sich, wie oben beschrieben, das Sammeln der Argumente „Pro-Rauchen und Pro-Rauchfrei“ zeitlich aufwendiger gestaltete. In Bezug auf die Einzelberatungen zeigten sich zum Teil größere Unterschiede. In Abhängigkeit der Motivation, Mitarbeit und/oder Fragen seitens der Patienten war es nicht immer möglich alle Inhalte in den vorgegebenen 15 bis 20 Minuten durchzuführen. Ziel war es, in Ruhe die Reduktion oder den Rauchstopp vorzubereiten und auf alle Fragen des Patienten angemessen einzugehen, um unter anderem die Selbstwirksamkeitserwartung und Erfolgsaussichten zu steigern. Denkbar wäre, den ersten Einzelberatungstermin länger zu gestalten und/oder einen zweiten Einzelberatungstermin einzuführen, indem weitere Fragen geklärt und die Nikotinersatzpräparate kontrolliert oder angepasst werden könnten.

Die Frage nach der Orientierungsmöglichkeit am Manual beurteilten die Kursleiter überwiegend positiv. Dabei haben sie die Vorgaben des Rauchfrei-Programms *Rethink your Smoking* beachtet, keine Veränderungen vorgenommen oder einzelne Inhalte weggelassen. In einigen wenigen Fällen verlängerte sich die Einzelberatung, da die Kursleiter zum Teil Fragen beantworteten, die nicht im Manual angeführt bzw. vorgesehen waren (Erwerb von Nikotinersatzpräparaten nach dem stationären Aufenthalt, mögliche medizinische Weiterbehandlung, mögliche alternative Behandlungen, etc.). Dies stellte aber keine Verletzung der Ausführungsintegrität dar.

Insgesamt ist die Frage nach der Implementationsmenge positiv und somit hinreichend gut zu bewerten.

### 7.3.2. Akzeptanz des Rauchfrei-Programms *Rethink your Smoking*

Die Akzeptanz des Rauchfrei-Programms *Rethink your Smoking* wurde anhand der Implementationsgüte sowohl seitens der Patienten als auch seitens der Kursleiter beurteilt. Im Einzelnen umfasste dies die Konzentration und Motivation/Mitarbeit der Patienten,

die Bewertung verschiedener Inhalte sowie der Kursstunde und Einzelberatung insgesamt.

Seitens der Patienten:

Insgesamt schienen die Patienten gegenüber dem Rauchfrei-Programm *Rethink your Smoking* positiv eingestellt. Dies spiegelte sich unter anderem in der Konzentration wider, mit der die Patienten in den Kursstunden und in der Einzelberatung mitarbeiteten. Die Mehrheit arbeitete in der Regel konzentriert mit. Ähnlich fiel auch die Bewertung ihrer eigenen Mitarbeit/Motivation aus. Im Schnitt beurteilten sie diese in den Kursstunden mit einer durchschnittlichen und in der Einzelberatung mit einer guten Note. Während der Arbeit mit den Patienten wurde deutlich, dass weniger motivierte Teilnehmer auch eine geringere Konzentration aufwiesen und umgekehrt. Unter Berücksichtigung des Settings, ist nachvollziehbar, dass es innerhalb der Gruppenstunden zu mehr Schwankungen in der Konzentration und Mitarbeit der Patienten kam als in der Einzelberatung, die freiwillig in Anspruch genommen wurde.

In Bezug auf die Einzelinhalte sowie die Kursstunden und die Einzelberatung insgesamt vergaben die Patienten ebenfalls gute bis sehr gute Noten. Dabei entsprachen die Bewertungen der Einzelinhalte weitgehend denen der gesamten Kursstunde bzw. Einzelberatung. Die minimale Diskrepanz zwischen den beiden Kurseinheiten könnte darin bestehen, dass die Anforderungen an die Patienten in der ersten Kursstunde aufgrund des Vortrages deutlich geringer sind als in der zweiten Kursstunde durch das gemeinsame Sammeln der Argumente. Die Ergebnisse der Einzelberatung lassen aufgrund der geringen und sehr unterschiedlichen Stichprobengröße nur wenige Interpretationsmöglichkeiten zu. Die guten bis sehr guten Bewertungen könnten daraus resultieren, dass sich der Kursleiter intensiver mit dem Patienten und seinen Fragen auseinandersetzte, was die therapeutische Beziehung förderte. Des Weiteren beriet er den Patienten hinsichtlich der Reduktion oder des Rauchstopps ausführlich und gab konkrete Hilfestellungen (Handout, Nikotinersatztherapie, etc.). Die Beurteilung des gesamten Rauchfrei-Programms am Ende des stationären Aufenthaltes (t1) ergab eine Durchschnittsnote von 2.25. Dabei wurden die Inhalte der Kursstunden sowie der Einzelberatung als interessant, gewinn-



bringend und verständlich bestätigt. Wiederum kam es zwischen den beiden Kurseinheiten zu keinen nennenswerten Unterschieden.

Obgleich die Teilnahme für alle Patienten an dem Rauchfrei-Programm *Rethink your Smoking* verpflichtend war, sprechen die Ergebnisse für eine hohe Akzeptanz seitens der Patienten.

Seitens der Kursleiter:

Die Bewertung der Mitarbeit/Motivation der Teilnehmer seitens der Kursleiter erzielte ähnlich gute Ergebnisse wie nach eigener Einschätzung der Patienten. Tendenziell empfanden die Kursleiter diese sogar motivierter. Diese geringfügige Diskrepanz könnte zum einen damit zusammenhängen, dass die Patienten sich selbst gegenüber kritischer waren. Zum anderen war durch den verpflichtenden Charakter des Rauchfrei-Programms die Anspruchshaltung der Kursleiter eventuell geringer. Möglicherweise überraschte sie die gute Mitarbeit/Motivation der Patienten.

Die Einzelinhalte sowie die Kursstunden und Einzelberatung insgesamt benoteten die Kursleiter ebenfalls mit durchschnittlichen bis guten Noten, was für die Akzeptanz des Rauchfrei-Programms spricht. Im Vergleich zu den Patienten fiel die Benotung der verschiedenen Aspekte etwas niedriger aus. Eine mögliche Erklärung wäre, dass in diesem Fall die Kursleiter sich selbstkritischer gegenüberstanden. Sie beurteilten die erste Kursstunde, inklusive des Vortrages, etwas weniger gelungen als die zweite Kursstunde. Im Gegensatz dazu waren die Studienteilnehmer eventuell angenehm überrascht von den Kursinhalten und den damit verbundenen Informationen. Es handelt sich jedoch um minimale Unterschiede.

Ein ganz ähnliches Bild zeigte sich im Hinblick auf Verständlichkeit, Sinnhaftigkeit der und das Interesse an den Inhalten. Die Kursleiter vergaben ebenfalls überdurchschnittliche Werte, stuften aber die verschiedenen Aspekte etwas niedriger ein als die Patienten. Die Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass auch seitens der Kursleiter das Rauchfrei-Programm *Rethink your Smoking* gut angenommen wird.

### 7.3.3. Wirksamkeit des Rauchfrei-Programms *Rethink your Smoking*

Neben der Überprüfung der Implementationsmenge sowie -güte wurde auch die Wirksamkeit des Rauchfrei-Programms *Rethink your Smoking* untersucht. Zum einen würde dies mit der Frage nach der Änderungsmotivation in Anlehnung an das *Stages of Change* - Modell von Prochaska und DiClemente (1983) sowie nach dem Aufhörwille, der Aufhörmotivation und der Aufhörwahrscheinlichkeit angelehnt an Sciamanna et al. (2000) erfasst. Zum anderen beinhaltete es die Frage nach der Veränderung des Rauchverhaltens anhand des Menge-Frequenz-Indexes (Kraus & Augustin, 2001) sowie des *Fagerström Test for Nicotine Dependence* (Heatherton et al., 1991). Als Vergleichsgruppe diente eine Stichprobe, welche eine kurze Aufklärung über die Vergabe und mögliche Anwendung von Nikotinersatzpräparaten erhielt. Dabei erhielt jeder Patient der Experimentalgruppe als auch der Kontrollgruppe, der seinen Tabakkonsum reduzieren oder einstellen wollte, gemäß dem Algorithmus der Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Batra et al., 2006), nach den Guidelines der APA (2006) und nach den Guidelines für Raucherentwöhnung nach Fiore, M.C. et al. (2008) Nikotinersatzpräparate. Die Evaluation richtete sich primär auf das verhaltenstherapeutische Therapieprogramm und nicht auf die Wirkung der verwendeten Produkte. Diese Wahl der Kontrollgruppe erwies sich im nachhinein als nicht optimal, da es sich bei der Information um eine Art Kurz- bzw. Minimalintervention handelte, deren Wirksamkeit in einer Vielzahl von Studien überprüft wurde und durch Metaanalysen gut belegt ist (Batra et al., 2015; Batra et al., 2006; Fiore, M.C. et al., 2008). Damit sank die Wahrscheinlichkeit in dieser Studie signifikante Unterschiede im Bezug auf die Wirksamkeit des Rauchfrei-Programms im Vergleich zur Kontrollgruppe zu erhalten. Unter Einsatz einer Warte-Kontrollgruppe wäre ein größerer Unterschied in Bezug auf die Wirksamkeit anzunehmen.

#### Motivation:

Das Rauchfrei-Programm nahm im Bezug auf das *Stages of Change* - Modell und damit verbundenen Phasen der Verhaltensänderung (Prochaska, J. O. & DiClemente, 1983; Schumann et al., 2003) keinen signifikanten positiven Einfluss auf die Patienten der Experimentalgruppe. Auch innerhalb der Kontrollgruppe kam es zu keiner bedeutsamen

Veränderungen zwischen den beiden Messzeitpunkten. Obgleich zu Beginn die Kontrollgruppe motivierter erschien, verliert sich dieser Effekt über die Zeit. Dabei konnten acht Patienten der Experimentalgruppe dazu bewegt werden während ihres stationären Aufenthaltes einen Rauchstopp zu machen, von denen zwei diesen bis zur Entlassung aufrecht erhielten. In der Kontrollgruppe hingegen konnten nur sechs Patienten dazu motiviert werden, von denen ebenfalls zwei bis zur Entlassung abstinent blieben. Während in der Experimentalgruppe nur 29 Patienten eine Reduktion durchführten, waren es in der Vergleichsgruppe 47. Eine mögliche Erklärung könnte darin liegen, dass die Vergabe von Nikotinersatzpräparaten in der Experimentalgruppe mit mehr Anforderungen verbunden waren (60-minütige Kursstunde, Registrierkarten, 20-minütige Einzelberatung, etc.) als in der Kontrollgruppe (15-minütige Aufklärung). Aufgrund dessen nahmen fast doppelt soviel Patienten der Kontrollgruppe die Nikotinersatztherapie in Anspruch (EG: 19 Patienten; KG: 37 Patienten). Wäre das Verhältnis etwa gleich, so wären Effektunterschiede denkbar. Des Weiteren wurden die Nikotinersatzpräparate zwar leitliniengerecht angeordnet, jedoch deren Verwendung im Einzelnen nicht überprüft. So kann keine Aussage darüber getroffen werden, ob die Patienten die Präparate sachgemäß und/oder überhaupt eingenommen haben. Darüber hinaus befanden sich zum Zeitpunkt der Aufnahme ( $t_0$ ) mehr Patienten der Vergleichsgruppe in der Phase der Absichtsbildung oder Vorbereitung als in der Experimentalgruppe. DiClemente und Kollegen (1991) empfehlen in diesem Zusammenhang die Interventionen in Abhängigkeit des aktuellen Motivationsstadiums individuell anzupassen, um die Chancen für erfolgreiche therapeutische Fortschritte zu erhöhen. Im Hinblick auf eine Optimierung und Weiterentwicklungen des Rauchfrei-Programms sollte diese Empfehlungen berücksichtigt werden. Unterschiede bezüglich der einzelnen primären Suchterkrankungen sowie Langzeiteffekte (Katamnese) sind den Arbeiten von Veronika Schuler (unveröffentlicht) und Verena Lang (unveröffentlicht) zu entnehmen.

Hinsichtlich des Aufhörwillens (Wollensrating) kam es über die Messzeitpunkte hinweg ebenfalls zu keinen statistischen Unterschieden zwischen Experimental- und Kontrollgruppe. In Bezug auf den Gruppenfaktor ergab sich ein Effekt innerhalb der Gesamtstichprobe. Während in der Kontrollgruppe die Motivation mit dem Rauchen aufzuheben zwischen den beiden Messzeitpunkten sank, war in der Experimentalgruppe ein

leicht positiver Anstieg dieser zu verzeichnen. Der anfängliche Wunsch von Suchtpatienten nach einem rauchfreien Leben wurde durch viele Studien bereits bestätigt (Clarke et al., 2001; Joseph, 1993; Nahvi et al., 2006; Zullino, D., Besson & Schnyder, 2000). Der positive Trend innerhalb der Experimentalgruppe könnte in Zusammenhang mit dem Rauchfrei-Programm stehen. Für eine valide Aussage bedarf es weiterer Untersuchungen.

Das Rauchfrei-Programm bewirkte auch keine signifikante Steigerung der Aufhörmotivation. Über die beiden Messzeitpunkte gesehen, kam es ebenfalls zu keiner statistisch bedeutsamen Veränderung in der Gesamtstichprobe. Dieser Effekt könnte dadurch bedingt sein, dass, wie bereits beschrieben, die Vergleichsgruppe ebenfalls eine Kurzintervention sowie ohne große Anforderungen Nikotinersatzpräparate erhielt. Es bestand jedoch ein Haupteffekt für den Gruppenfaktor. Während in der Kontrollgruppe im Mittel die Motivation das Rauchverhalten zu verändern zwischen den beiden Messzeitpunkten etwa gleich blieb, kam es in der Experimentalgruppe zu einem leichten Anstieg der Motivation.

In Bezug auf die Aufhörwahrscheinlichkeit (Wahrscheinlichkeitsrating) erzielte das Rauchfrei-Programm keine größeren Effekt als die Minimalintervention der Kontrollgruppe. Jedoch kam es in der Gesamtstichprobe zu einer signifikanten Zunahme der Zuversicht. Sciamanna et al. (2000) belegten in ihrer Studie, dass die Frage nach der Veränderungswahrscheinlichkeit die größte Vorhersagekraft dafür hat, ob eine Person in den nächsten 12 Monaten eine Raucherentwöhnung durchführt oder nicht. Nach der Arbeit von Frau Schuler (unveröffentlicht) bleibt der Trend in der Experimentalgruppe bestehen.

Aufgrund des Rauchfrei-Programms *Rethink your Smoking* kam es zu keinen statistisch bedeutsamen Veränderungen, außer im Bereich der Aufhörwahrscheinlichkeit, welche in Richtung „eher wahrscheinlich“ bzw. „sehr wahrscheinlich“ signifikant anstieg. Im Vergleich zur Kontrollgruppe erwies sich das Rauchfrei-Programm im Hinblick auf Motivation nicht als wirksamer.

### Rauchverhalten:

Gemessen am Menge-Frequenz-Index (MFI) hatte das Rauchfrei-Programm einen signifikanten positiven Einfluss auf das Rauchverhalten der Experimentalgruppe. Zum Ende der Therapie rauchten die Patienten im Durchschnitt 2,98 Zigaretten weniger. Innerhalb der Kontrollgruppe kam es ebenfalls zu einer signifikanten Abnahme des MFI. Der tägliche Zigarettenkonsum sank durchschnittlich um 5,6 Zigaretten. Während zum Zeitpunkt der Aufnahme kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen bestand, rauchten die Patienten der Kontrollgruppe zum Zeitpunkt der Entlassung tendenziell weniger als die Patienten der Experimentalgruppe. Wie schon erläutert, könnte dies zum einen mit dem leichteren Zugang zu den Nikotinersatzpräparaten zusammenhängen und zum anderen, dass sich zum Zeitpunkt der Aufnahme ( $t_0$ ) bereits mehr Patienten der Vergleichsgruppe in der Phase der Absichtsbildung oder Vorbereitung befanden als in der Experimentalgruppe. Darüber hinaus kam es zu einzelnen Ausreißern unter den Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit in der Interventionsgruppe. Diese rauchten teilweise mehr als das Fünffache des Ausgangswertes, was den Mittelwert veränderte (Schuler, unveröffentlicht). Gulliver und Kollegen (1995) belegen in ihrer Studie, dass es während der Entwöhnung von Alkohol zur Suchtverlagerung kommen kann, und die Patienten deutlich mehr rauchen.

Nach dem Fagerström-Test kam es bei der gesamten Stichprobe zu einer signifikanten Veränderung des körperlichen Nikotinabhängigkeitsgrad. Die Unterschiede zwischen den Gruppen waren zu beiden Messzeitpunkten jedoch nicht signifikant. Die Abnahme könnte einerseits im Zusammenhang mit den Nikotinersatzpräparaten stehen, die einen körperlichen Entzug verhindern bzw. minimieren und damit die Patienten weniger rauchen oder Verlangen (Craving) verspüren. Darüber hinaus könnten bei den Patienten der Experimentalgruppe die durch das Rauchfrei-Programm gewonnen Informationen zu einer Veränderung ihres Rauchverhalten geführt haben. Um eine exaktere Aussage treffen zu können, bedarf es der Untersuchung von Einzelitem.

Nach Abschluss des Rauchfrei-Programms *Rethink your Smoking* kam es zu signifikanten Veränderungen im Bezug auf das Rauchverhalten innerhalb der Experimentalgruppe. Zwar konnten nur zwei der acht Patienten der Experimentalgruppe und zwei der sechs Patienten der Kontrollgruppe diesen aufrecht erhalten, jedoch im Sinne der *harm*

*reduction* sind die Ergebnisse zur Wirksamkeit des Rauchfrei-Programms positiv zu bewerten.

#### 7.4. Schlussfolgerung und Ausblick

Die Ergebnisse dieser Evaluationsstudie zeigen, dass ein Programm für Raucherberatung und -entwöhnung auf einer allgemeinspsychiatrischen Station mit dem Schwerpunkt Abhängigkeitserkrankungen implementiert werden kann. Trotz des verpflichtenden Charakters ergab sich eine gute Umsetzbarkeit und hohe Akzeptanz des Rauchfrei-Programms *Rethink your Smoking* seitens der Patienten und Kursleiter. Auf die Motivation schien es, außer im Bereich der Aufhörungswahrscheinlichkeit, zwar keinen bedeutsamen Einfluss zu nehmen, dennoch kam es zu signifikanten Veränderung hinsichtlich des Rauchverhaltens. Diese Resultate sprechen demnach für die Auffassung vieler Forscher und Kliniker, dass die Behandlung der Tabakabhängigkeit bei Patienten mit komorbider Suchterkrankung wichtig und sinnvoll erscheint (Batra et al., 2011; Metz et al., 2005; Prochaska, J. J. et al., 2004; Rüther et al., 2014). Um die Akzeptanz sowie Effektivität des Rauchfrei-Programms *Rethink your Smoking* noch zu steigern, sollten Weiterentwicklungen und Untersuchungen vorgenommen werden, welche die verschiedenen primären Abhängigkeits- und anderen psychiatrischen Erkrankungen stärker berücksichtigen. Darüber hinaus wäre ein Vergleich mit einer nicht behandelten Kontrollgruppe oder Wartekontrollgruppe im Hinblick auf die Interpretation der Haupteffekte sinnvoll und aufschlussreich.

Auch wenn das Rauchfrei-Programm der Kurzintervention der Kontrollgruppe nicht signifikant überlegen war, sprechen dennoch einige Punkte für dieses therapeutische Angebot. Im Idealfall sollten alle rauchenden Patienten in Abhängigkeit ihrer Motivation und primären Suchterkrankung Interventionsmöglichkeiten und -angebote erhalten. Bereits Minimalinterventionen mit Informationsvermittlung und Motivierung führen auch bei weniger motivierten Rauchern, zu signifikanten Effekten (Batra et al., 2015; Batra et al., 2006; Santa Ana et al., 2016; Ziedonis, Guydish, Williams, Steinberg & Foulds, 2006), wie diese Studie ebenfalls zeigte. Denkbar wäre auch eine Förderung effektiver Coping-Strategien zur Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung, insbe-

sondere für wenig oder nicht motivierte Patienten, z. B. mit Hilfe von Kontingenzmanagement (Cooney, J. L. et al., 2017). Eine Zunahme der Motivation und Zuversicht in Bezug auf eine mögliche Reduktion oder einen Rauchstopp ist Voraussetzung für eine dauerhafte und erfolgreiche Entwöhnung (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., 2013; Kolly, Besson, Cornuz & Zullino, 2004; Martin, Rohsenow, MacKinnon, Abrams & Monti, 2006). Bei dem Kollektiv von untersuchten Patienten scheinen intensivere Maßnahmen von individueller Unterstützung zur Behandlung einer komorbiden Tabakabhängigkeit notwendig.

Der in dieser Studie vertretende Ansatz einer Kombination aus verhaltenstherapeutisch orientierten Tabakentwöhnungsmaßnahmen mit medikamentöser Therapie im Sinne der *harm reduction* (Reduktion des Tabakkonsums) gilt für die vorliegende Population als gerechtfertigt und sinnvoll. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung sowie nationale und internationale Leitlinien (American Psychiatric Association, 2006; Batra et al., 2015; Batra et al., 2006; Fiore, M. C. et al., 2008) sprechen für diese Vorgehensweise. Da das reduzierte Rauchen (Doll et al., 2004; Hughes, 2000) in dieser Studie als Erfolgskriterium gesehen wurde, untermauert das vorliegende Ergebnis die Wirksamkeit des Rauchfrei-Programms. In der deutschen Forschung und Praxis existieren jedoch noch zu wenig eindeutige Ergebnisse und Aussagen, ob sich dieses Vorgehen vor allem langfristig tatsächlich positiv auf die Gesundheit auswirkt oder ob es zukünftige Aufhörversuche tatsächlich fördert (Hughes & Carpenter, 2006; Tverdal & Bjartveit, 2006). Ein wesentlicher Aspekt bei der Raucherberatung und -entwöhnung stellt auch die Dauer der Intervention dar. Nach Fiore et al. (2008) korreliert die Länge positiv mit dem Erfolg einer Entwöhnungstherapie. Eine Nachbetreuung verstärkt nachgewiesen die Abstinenz. Aufgrund dessen wäre es wünschenswert und sinnvoll, Patienten nach Abschluss ihrer stationären Therapie weiterhin ein therapeutisches Angebot zur Raucherberatung und -entwöhnung anzubieten. Würde im Rahmen von Rehabilitationskliniken, ambulanten Therapien, Therapiegruppe oder Arztterminen die Tabakentwöhnung fortgesetzt werden, könnte dies zu einer erfolgreichen und langfristigen Abstinenz führen. Insgesamt erscheint die gleichzeitige Behandlung einer Tabakabhängigkeit und weiteren Suchterkrankung sinnvoll sowie machbar und war für die Patienten mit keinen negativen Konsequenzen verbunden. Das Rauchfrei-Programm *Rethink your Smoking* konnte

erfolgreich implementiert werden. Die Ergebnisse sprechen für eine gute Umsetzbarkeit und hohe Akzeptanz seitens der Patienten sowie für eine gewisse Effektivität im Hinblick auf das Rauchverhalten. Damit liefert das Programm einen Beitrag in der Behandlung der Raucherberatung und -entwöhnung von stationären Patienten mit komorbider Suchterkrankung.



## 8 Zusammenfassung

**Zielsetzung:** Ziel dieser Arbeit war die Erstellung, Implementierung sowie Evaluation eines wissenschaftlich fundierten verhaltenstherapeutischen Therapiemanuals zur Raucherberatung und -entwöhnung bei stationären Patienten mit komorbider Suchterkrankung. Die Evaluation befasste sich im Einzelnen mit der Akzeptanz, der Umsetzbarkeit sowie der Wirksamkeit des Rauchfrei-Programms *Rethink your Smoking*.

**Hintergrund:** Bezug nehmend auf die aktuelle Studienlage wurde Mitte 2009 in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München begonnen, eine Rauchfrei-Gruppe im Rahmen des Suchtprogramms auf der Akutstation mit dem Schwerpunkt Abhängigkeitserkrankungen zu implementieren. Als Grundlage für die Durchführung dieser Gruppe diente eine inhaltlich und zeitlich verkürzte Form des Rauchfrei-Programms (*Kompaktversion*/Trainermanual) des Institutes für Therapieforschung (IFT) von Dr. S. Gradl und Dr. C. Kröger (2008). Hierbei handelt es sich um ein bereits wissenschaftlich evaluiertes, evidenzbasiertes Manual. Das dreiwöchige Rauchfrei-Programm *Version Akutstation* wurde anhand einer Pilotstudie evaluiert. Deren Ergebnisse zeigten eine gute Akzeptanz des Programms seitens der Suchtpatienten, welche sich in der Aufhörmotivation widerspiegelte. Durch die Manualisierung lies sich das Programm auch in dem klinisch-psychiatrischen Setting gut durchführen.

Aufgrund der Studienlage und der beschriebenen Vorerfahrungen wurde das Rauchfrei-Programm weiterentwickelt. Die durchschnittliche Behandlungsdauer eines qualifizierten Entzuges von Alkohol auf einer allgemeinspsychiatrischen Station mit Schwerpunkt Abhängigkeitserkrankungen beträgt in der Klinik etwa zwei Wochen. Aufgrund dessen wurde das Rauchfrei-Programm auf eben diesen Zeitraum umgeschrieben und durchgeführt (Gradl & Kröger, überarbeitet von Ruderer, A., unveröffentlicht).

**Methodik:** Grundlage der Auswertungen ist die durchgeführte quasi-experimentelle Evaluationsstudie mit Kontrollgruppendesign anhand von vier bzw. sieben Messzeitpunkten (Prä-, Posttest, Katamnese-Erhebung nach drei und sechs Monaten bzw. zusätz-

lich Prozessevaluation von Kursstunden und Einzelberatung). Im Rahmen dieser Studie wurden 102 Patienten nach dem Rauchfrei Programm *Rethink your Smoking* behandelt. Die 102 Patienten der Kontrollgruppe erhielten keine verhaltenstherapeutische Intervention, sondern lediglich eine kurze Aufklärung über die routinemäßige Vergabe und mögliche Anwendung von Nikotinersatzpräparaten. Die Rekrutierung der tabakabhängigen Patienten erfolgte aus der Patientenpopulation, die sich von Juni 2010 bis September 2011 auf der Akutsuchtstation der Klinik in der Entwöhnungstherapie befanden. Während dieses Zeitraums wurde alle drei Monate zwischen Experimental- und Kontrollgruppe gewechselt.

**Ergebnisse:** Das Rauchfrei-Programm *Rethink your Smoking* konnte erfolgreich implementiert werden. Die Ergebnisse sprechen für eine gute Umsetzbarkeit und hohe Akzeptanz sowohl seitens der Patienten als auch seitens der Kursleiter. In Bezug auf die Wirksamkeit, welche über die Änderungsmotivation sowie das Rauchverhalten abgebildet wurde, zeigte sich im Bereich der Aufhörwahrscheinlichkeit ein signifikanter Unterschied nach dem Rauchfrei-Programm, war jedoch der Minimalintervention nicht überlegen. Auch nahmen beide Therapieformen signifikanten Einfluss auf das Rauchverhalten, sowohl beim Menge-Frequenz-Index als auch beim Fagerström-Test.

**Diskussion:** Die Ergebnisse der Arbeit belegen die Machbarkeit, aber auch die Notwendigkeit und Wichtigkeit des Einsatzes einer Rauchberatung und -entwöhnung bei stationären Patienten mit komorbider Suchterkrankung. Auch wenn das Rauchfrei-Programm der Kurzintervention der Kontrollgruppe nicht überlegen war, spricht es für dieses therapeutische Angebot. Im Idealfall sollten alle rauchenden Patienten in Abhängigkeit ihrer Motivation und primären Suchterkrankung Interventionsmöglichkeiten und -angebote erhalten. Bereits Minimalinterventionen mit Informationsvermittlung und Motivierung führen auch bei weniger motivierten Rauchern zu signifikanten Effekten. Darüber hinaus wäre eine übergreifende Behandlung von stationärer zu ambulanter bzw. weiterführender Therapie wünschenswert.

## 9 Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association. (2006). *Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorder. Second Edition*. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Asher, M. K., Martin, R. A., Rohsenow, D. J., MacKinnon, S. V., Traficante, R. & Monti, P. M. (2003). Perceived barriers to quitting smoking among alcohol dependent patients in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24(2), 169-174.
- Batel, P. & Pessione, F. (1995). Relationship between alcohol and tobacco dependencies among alcoholics who smoke. *Addiction*, 90(7), 977-980.
- Batra, A. (2000). Tabakabhängigkeit und Raucherentwöhnung bei psychiatrischen Patienten. *Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie*, 68(2), 80-92.
- Batra, A. (2000a). *Tabakabhängigkeit. Biologische und psychosoziale Entstehungsbedingungen und Therapiemöglichkeiten*. Darmstadt: Steinkopff.
- Batra, A. & Buchkremer, G. (2001). Beziehung von Alkoholismus, Drogen- und Tabakkonsum. *Deutsches Ärzteblatt*, 98, 2590-2593.
- Batra, A. & Fagerström, K.-O. (1997). Neue Aspekte der Nikotinabhängigkeit und Raucherentwöhnung. *Sucht*, 43, 277-282.
- Batra, A., Hoch, E., Mann, K. & Petersen, K. U. (2015). *S3-Leitlinie - Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums*: Springer Verlag.
- Batra, A., Niethammer, S., Mänzel, C. & Peukert, P. (2011). Tabakentwöhnung bei stationären Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit – Motivationsfaktoren und Erfolgsaussichten. *Sucht*, 57(5), 337-346.
- Batra, A., Schütz, C. G. & Lindinger, P. (2006). Tabakabhängigkeit. In L. G. Schmidt, M. Gastpar, P. Falkai & W. Gaebel (Hrsg.), *Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen* (S. 91-142): Deutscher Ärzte-Verlag.

- Bauman, A. & Phoongsavan, P. (1999). Epidemiology of substance use in adolescence: prevalence, trends and policy implications. *Drug and Alcohol Dependence*, 55, 187-207.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. & Liese, B. S. (1997). *Kognitive Therapie der Sucht*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Benowitz, N. L. (2003). Cigarette smoking and cardiovascular disease: pathophysiology and implications for treatment. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 46(1), 91-111.
- Bien, T. H. & Burge, R. (1990). Smoking and drinking: a review of the literature. *The International Journal of the Addictions*, 25(12), 1429-1454.
- Bierut, L. J., Dinwiddie, S. H., Begleiter, H., Crowe, R. R., Hesselbrock, V., Nurnberger, J. I., Porjesz, B., Schuckit, M. A. & Reich, T. (1998). Familial Transmission of Substance Dependence: Alcohol, Marijuana, Cocaine, and Habitual Smoking: A Report From the Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 55(11), 982-988.
- Bobo, J. K. (1989). Nicotine dependence and alcoholism epidemiology and treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 21(3), 323-329.
- Bobo, J. K. (1992). Nicotine dependence and alcoholism epidemiology and treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 24(2), 123-129.
- Bobo, J. K. & Husten, C. (2000). Sociocultural influence on smoking and drinking. *Alcohol Research and Health*, 24, 225-232.
- Bobo, J. K., McIlvain, H. E., Lando, H. A., Walker, R. D. & Leed-Kelly, A. (1998). Effect of smoking cessation counseling on recovery from alcoholism: findings from a randomized community intervention trial. *Addiction*, 93(6), 877-887.
- Bobo, J. K., Slade, J. & Hoffman, A. L. (1995). Nicotine addiction counseling for chemically dependent patients. *Psychiatric Services*, 46(9), 945-947.
- Boyle, P. (1997). Cancer, cigarette smoking and premature death in Europe: a review including the Recommendations of European Cancer Experts Consensus Meeting, Helsinki, October 1996. *Lung Cancer*, 17(1), 1-60.
- Brandon, T. H., Tiffany, S. T., Obremski, K. M. & Baker, T. B. (1990). Postcessation cigarette use: the process of relapse. *Addictive Behaviors*, 15, 105-114.

- Brown, R. A., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R. & Wagner, E. F. (1996). Cigarettes smoking, major depression, and other psychiatric disorders among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1602-1610.
- Buchkremer, G. & Batra, A. (2009). *Tabakabhängigkeit und -entwöhnung*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Budney, A. J., Higgins, S. T., Hughes, J. R. & Bickel, W. K. (1993). Nicotine and caffeine use in cocaine-dependent individuals. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 5(2), 117-130.
- Bühler, A., Kröger, C. & Nowotny, G. (2004). Evaluation des Tabakentwöhnungsprogramms „Rauchfrei in 10 Schritten“. Unveröffentlichter Abschlussbericht. *IFT München*.
- Bühner, M. & Ziegler, M. (2009). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. München Pearson.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). (2012). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Burling, T. A., Marshall, G. D. & Seidner, A. L. (1991). Smoking cessation for substance abuse inpatients. *Journal of Substance Abuse*, 3(3), 269-276.
- Burling, T. A. & Ziff, D. C. (1988). Tobacco smoking: a comparison between alcohol and drug abuse inpatients. *Addictive Behaviors*, 13(2), 185-190.
- Burns, D. M. (2003). Epidemiology of smoking-induced cardiovascular disease. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 46(1), 11-29.
- Clarke, J. G., Stein, M. D., McGarry, K. A. & Gogineni, A. (2001). Interest in smoking cessation among injection drug users. *The American Journal on Addictions*, 10(2), 159-166.
- Cook, T. & Campbell, D. (1979). *Quasi-Experimentation*. Chicago: Rand McNally College Publishing.

- Cooney, J. L., Cooney, N. L., Pilkey, D. T., Kranzler, H. R. & Oncken, C. A. (2003). Effects of nicotine deprivation on urges to drink and smoke in alcoholic smokers. *Addiction*, 98(7), 913-921.
- Cooney, J. L., Cooper, S., Grant, C., Sevarino, K., Krishnan-Sarin, S., Gutierrez, I. A. & Cooney, N. L. (2017). A Randomized Trial of Contingency Management for Smoking Cessation During Intensive Outpatient Alcohol Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 72, 89-96.
- Degenhardt, L. & Hall, W. (2001). The relationship between tobacco use, substance-use disorders and mental health: results from the National Survey of Mental Health and Well-being. *Nicotine & Tobacco Research*, 3(3), 225-234.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2013). Tabakabhängigkeit: Suchtmedizinische Reihe Band 2. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2014a). Jahrbuch Sucht 2014. Alkohol und Tabak - der garantiert tödliche Mix. Berlin/Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2014b). Jahrbuch Sucht 2014. Daten und Fakten. Berlin/Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M. M. & Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 59(2), 295-304.
- DiClemente, C. C., Schlundt, D. & Gemmell, L. (2004). Readiness and Stages of Change in Addiction Treatment. *The American Journal on Addictions*, 13, 103-119.
- DiFranza, J. R. & Guerrera, M. P. (1990). Alcoholism and smoking. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 51(2), 130-135.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel F(V). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 8. überarbeitete Auflage*. Bern: Huber.
- Doll, R., Peto, R., Boreham, J. & Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*, 328(7455), 1519.

- Donath, C., Metz, K. & Kröger, C. (2005). Helfen Rauchverbote wirklich? – Der Einfluss von Tabakpolitik auf Patienten in Suchtrehabilitationskliniken. *Sucht - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 51(5), 291–300.
- Drobes, D. J. (2002). Cue reactivity in alcohol and tobacco dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(12), 1928-1929.
- Eriksen, M., Mackay, J. & Ross, H. (2012). *The Tobacco Atlas. Fourth Edition. Completely Revised and Updated*. Atlanta, New York.
- Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. (2013). *Europäischer Drogenbericht. Trends und Entwicklung*. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.
- Ezzati, M. & Lopez, A. D. (2004). Regional, disease specific patterns of smoking-attributable mortality in 2000. *Tobacco Control*, 13(4), 388-395.
- Falk, D. E., Hsiao-Ye, Y. & Hiller-Sturmhöfel, S. (2006). An Epidemiologic Analysis of Co-Occurring Alcohol and Tobacco Use and Disorders. Findings From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions *Alcohol Research & Health* 29(3), 162-171.
- Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Bennett, G., Benowitz, N. L., Christiansen, B. A., Connell, M., Curry, S. J., Dorfman, S. F., Fraser, D., Froelicher, E. S., Goldstein, M. G., Hasselblad, V., Heaton, C. G., Heishman, S., Henderson, P. N., Heyman, R. B., Husten, C., Koh, H. K., Kottke, T. E., Lando, H. A., Leitzke, C., Mecklenburg, R. E., Mermelstein, R. J., Morgan, G., Mullen, P. D., Murray, E. W., Orleans, C. T., Piper, M. E., Robinson, L., Stitzer, M. L., Theobald, W., Tommasello, A. C., Villejo, L., M.E., W. & Williams, C. (2008). A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(2), 158-176.
- Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S. J., Dorfman, S. F., Froelicher, E. S., Goldstein, M. G., Heaton, C. G., Henderson, P. N., Heyman, R. B., Howard, K. K., Kottke T.E., Lando, H. A., Mecklenburg, R. E., Mermelstein, R. J., Mullen, P. D., Orleans, C. T., Robinson, L., Stitzer, M. L., Tommasello, A. C., Villejo, L. & Wewers, M. E. (2008). *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services: Public Health Service.
- Frank, P. (2003). Geschlechtsunterschiede in der genetischen Übertragung bei Suchterkrankungen - eine Übersicht basierend auf Familien-, Zwillings- und

- Adoptionsstudien. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 4(2), 21-28.
- Fuller, B. E., Guydish, J., Tsoh, J., Reid, M. S., Resnick, M., Zammarelli, L., Ziedonis, D. M., Sears, C. & McCarty, D. (2007). Attitudes toward the integration of smoking cessation treatment into drug abuse clinics. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(1), 53-60.
- Funk, D., Marinelli, P. W. & Lê, A. D. (2006). Biological Processes Underlying Co-Use of Alcohol and Nicotine: Neuronal Mechanisms, Cross-Tolerance, and Genetic Factors. *Alcohol research & health: the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 29(3), 186.
- Garbusow, M., Friedel, E., Sebold, M., Beck, A., Heinz, A. & Smolka, M. N. (2013). Wege in die Abhängigkeit. *Sucht - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 59(4), 187-199.
- Goldstein, R. Z. & Volkow, N. D. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *American Journal of Psychiatry*, 159(10), 1642-1652.
- Gradl, S. (2007). Entwicklung und Evaluation des Raucherentwöhnungsprogramms "Das Rauchfrei Programm". Dissertation: Fakultät für Biowissenschaften, Pharmazie und Psychologie der Universität Leipzig
- Gradl, S. & Kröger, C. (überarbeitet von Ruderer, A., unveröffentlicht). Das Rauchfrei-Programm. Version für die stationäre Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen - Version Akutstation II. Raucherberatung und -entwöhnung als fester Therapiebaustein auf einer allgemeinspsychiatrischen Station mit dem Schwerpunkt Abhängigkeitserkrankungen. Kursleitermanual.
- Gradl, S. & Kröger, C. (Hrsg.). (2008). *Das Rauchfrei-Programm: Kompaktversion, Trainermanual*. München: IFT Institut für Therapieforchung.
- Gradl, S. & Rütther, T. (unveröffentlicht). Das Rauchfrei Programm - Version Akutstation. Trainermanual.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Chou, S. P., Stinson, F. S. & Dawson, D. A. (2004). Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61(11), 1107-1115.



- Gubner, N. R., Kozar-Konieczna, A., Szoltysek-Boldys, I., Slodczyk-Mankowska, E., Goniewicz, J., Sobczak, A., Jacob, P., L., B. N. & Goniewicz, M. L. (2016). Cessation of alcohol consumption decreases rate of nicotine metabolism in male alcohol-dependent smokers. *Drug & Alcohol Dependence*, 163, 157-164.
- Gulliver, S. B., Kalman, D., Rohsenow, D. J., Colby, S. M., Eaton, C. A. & Monti, P. M. (2000). Smoking and drinking among alcoholics in treatment: cross-sectional and longitudinal relationships. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 61(1), 157-163.
- Gulliver, S. B., Rohsenow, D. J., Colby, S. M., Dey, A. N., Abrams, D. B., Niaura, R. S. & Monti, P. M. (1995). Interrelationship of smoking and alcohol dependence, use and urges to use. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 56(2), 202-206.
- Hansen, W. B. (2002). Program Evaluation Strategies for Substance Abuse Prevention. *The Journal of Primary Prevention*, 22(4), 409-436.
- Hautzinger, M. (Hrsg.). (2005). *Selbstbeobachtung*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Hawkins, J. D. & Fitzgibbon, J. J. (1993). Risk factors and risk behaviors in prevention of adolescent substance abuse. *Adolescent medicine state of the art reviews: Adolescent substance abuse and addictions*, 4, 249-262.
- Hays, J. T., Schroeder, D. R., Offord, K. P., Croghan, I. T., Patten, C. A., Hurt, R. D., Jorenby, D. E. & Fiore, M. C. (1999). Response to nicotine dependence treatment in smokers with current and past alcohol problems. *Annals of Behavioral Medicine*, 21(3), 244-250.
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C. & Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86(9), 1119-1127.
- Hertling, I., Ramskogler, K., Dvorak, A., Klingler, A., Saletu-Zyhlarz, G., Schoberberger, R., Walter, H., Kunze, M. & Lesch, O. M. (2005). Craving and other characteristics of the comorbidity of alcohol and nicotine dependence. *European Psychiatry*, 20(5-6), 442-450.
- Horn, K., Gao, X., Williams, J., Helmkamp, J., Furbee, M. & Manley, W. (2000). Conjoint smoking and drinking: a case dual-substance intervention among young emergency department patients. *Academic Emergency Medicine* 7, 1126-1134.
- Hser, Y. I., McCarthy, W. J. & Anglin, M. D. (1994). Tobacco use as a distal predictor of mortality among long-term narcotics addicts. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(1), 61-69.

- Hughes, J. R. (1993). Treatment of smoking cessation in smokers with past alcohol/drug problems. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10(2), 181-187.
- Hughes, J. R. (2000). Reduced smoking: an introduction and review of the evidence. *Addiction*, 95(1), 3-7.
- Hughes, J. R. & Carpenter, M. J. (2006). Does smoking reduction increase future cessation and decrease risk? A qualitative review. *Nicotine & Tobacco Research*, 8(6), 739-749.
- Hughes, J. R., Rose, G. L. & Callas, P. W. (2000). Nicotine is more reinforcing in smokers with a past history alcoholism than in smokers without this history. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24, 1633-1638.
- Hurt, R. D., Eberman, K. M., Croghan, I. T., Offord, K. P., Davis, L. J., Jr., Morse, R. M., Palmen, M. A. & Bruce, B. K. (1994). Nicotine dependence treatment during inpatient treatment for other addictions: a prospective intervention trial. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 18(4), 867-872.
- Hurt, R. D., Offord, K. P., Croghan, I. T., Gomez-Dahl, L., Kottke, T. E., Morse, R. M. & Melton, L. J., 3rd. (1996). Mortality following inpatient addictions treatment. Role of tobacco use in a community-based cohort. *Journal of the American Medical Association*, 275(14), 1097-1103.
- Hurt, R. D. & Patten, C. A. (2003). Treatment of tobacco dependence in alcoholics. *Recent Developments in Alcoholism*, 16, 335-359.
- John, G., Louis, C., Berner, A. & Genné, D. (2015). Tobacco Stained Fingers and Its Association with Death and Hospital Admission: A Retrospective Cohort Study. *PLOS ONE [Electronic Resource]*, 10(9), 1-9.
- John, U. & Hanke, M. (2002). Alcohol-attributable mortality in a high per capita consumption country - Germany. *Alcohol and Alcoholism*, 37(6), 581-585.
- John, U., Meyer, C., Rumpf, H. J. & Hapke, U. (2003). Probabilities of alcohol high-risk drinking, abuse or dependence estimated on grounds of tobacco smoking and nicotine dependence. *Addiction*, 98(6), 805-814.
- Joseph, A. M. (1993). Nicotine treatment at the Drug Dependency Program of the Minneapolis VA Medical Center. A researcher's perspective. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10(2), 147-152.

- Joseph, A. M., Nichol, K. L. & Anderson, H. (1993). Effect of treatment for nicotine dependence on alcohol and drug treatment outcomes. *Addictive Behaviors*, 18(6), 635-644.
- Joseph, A. M., Willenbring, M. L., Nugent, S. M. & Nelson, D. B. (2004). A randomized trial of concurrent versus delayed smoking intervention for patients in alcohol dependence treatment. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 65(6), 681-691.
- Kalman, D., Hayes, K., Colby, S. M., Eaton, C. A., Rohsenow, D. J. & Monti, P. M. (2001). Concurrent versus delayed smoking cessation treatment for persons in early alcohol recovery. A pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20(3), 233-238.
- Kalman, D., Kim, S., DiGirolamo, G., Smelson, D. & Ziedonis, D. (2010). Addressing tobacco use disorder in smokers in early remission from alcohol dependence: the case for integrating smoking cessation services in substance use disorder treatment programs. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 12-24.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2006). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Kendler, K. S., Jacobson, K. C., Prescott, C. A. & Neale, M. C. (2003). Specificity of genetic and environmental risk factors for use and abuse/dependence of cannabis, cocaine, hallucinogens, sedatives, stimulants, and opiates in male twins. *American Journal of Psychiatry*, 160, 687-695.
- Kiefer, F. (2010). Neurobiologie und Genetik von Suchterkrankungen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 53(4), 284-288.
- Kodl, M., Fu, S. S. & Joseph, A. M. (2006). Tobacco cessation treatment for alcohol-dependent smokers: when is the best time? *Alcohol Research & Health*, 29(3), 203-207.
- Kolly, S., Besson, J., Cornuz, J. & Zullino, D. F. (2004). Stage of change of cigarette smoking in drug dependent patients. *Swiss Medical Weekly*, 134(21-22), 322-325.
- Koob, G. F. (2006). The neurobiology of addiction: a neuroadaptational view relevant for diagnosis. *Addiction*, 101 Suppl 1, 23-30.
- Koob, G. F. & Le Moal, M. (2006). *Neurobiology of Addiction*. London: Elsevier Inc.

- Kraemer, H. C. (1995). Staistical issues in assessing comorbidity. *Statistics in Medicine*, 14, 721-733.
- Kraus, L. & Augustin, R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht*, 47 (Sonderheft 1), S3-S86.
- Kraus, L. & Pabst, A. (2010). Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009. *Sucht - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 56 (5), 315-326.
- Kröger, C. & Lohmann, B. (Hrsg.). (2007). *Tabakkonsum und Tabakabhängigkeit (Band 31)*. Göttingen: Hogrefe.
- Kröger, C. & Piontek, D. (2011). *Tabakentwöhnung in Deutschland - Grundlagen und kommentierte Übersicht*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Kröger, C., Reese, A., Walden, K. & Kutza, R. (1999). Prävention des Substanzmissbrauchs an Schulen durch das Lebenskompetenzprogramm ALF. *IFT Berichte (Band 108)*. München: IFT Institut für Therapieforchung.
- Lancaster, T., Stead, L. F., Silagy, C. & Sowden, A. (2000). Regular Review: Effectiveness Of Interventions To Help People Stop Smoking: Findings From The Cochrane Library. *British Medical Journal*, 321, 355-358.
- Lasser, K., Boyd, J. W., Woolhandler, S., Himmelstein, D. U., McCormick, D. & Bor, D. H. (2000). Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *Journal of the American Medical Association*, 284(20), 2606-2610.
- Laue, E. (2010). *Nichtraucher auf dem Vormarsch - Gesundheitsschutz hat Vorrang*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt Deutschland.
- Li, X. C., Karadsheh, M. S., Jenkins, P. M. & Stitzel, J. A. (2005). Genetic correlation between the free-choice oral consumption of nicotine and alcohol in C57BL/6JxC3H/HeJ F2 intercross mice. *Behavioural Brain Research*, 157(1), 79-90.
- Lieb, R., Schuster, R., Pfister, H., Fuetsch, M., Höfler, M., Isensee, B., Müller, N., Sonntag, H. & Wittchen, U.-H. (2000). Epidemiologie des Konsums, Mißbrauchs und der Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Die prospektiv-longitudinale Verlaufsstudie EDSP. *Sucht - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 46(1), 18-31.

- Marks, J. L., Hill, E. M., Pomerleau, C. S., Mudd, S. A. & Blow, F. C. (1997). Nicotine dependence and withdrawal in alcoholic and nonalcoholic ever-smokers. *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 14, 521-527.
- Martin, R. A., Rohsenow, D. J., MacKinnon, S. V., Abrams, D. B. & Monti, P. M. (2006). Correlates of motivation to quit smoking among alcohol dependent patients in residential treatment. *Drug & Alcohol Dependence*, 83, 73-78.
- Metz, K., Kröger, C. & Buhringer, G. (2005). Tabakentwöhnung bei Personen mit einer Alkoholabhängigkeit im Setting der Suchtrehabilitation - Ein Überblick. *Gesundheitswesen*, 67(7), 461-467.
- Meyerhoff, D. J., Tizabi, Y., Staley, J. K., Durazzo, T. C., Glass, J. M. & Nixon, S. J. (2006). Smoking comorbidity in alcoholism: neurobiological and neurocognitive consequences. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30(2), 253-264.
- Miller, N. S. & Gold, M. S. (1998). Comorbid cigarette and alcohol addiction: epidemiology and treatment. *Journal of Addictive Diseases*, 17(1), 55-66.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2009). *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Moliterno, D. J., Willard, J. E., Lange, R. A., Negus, B. H., Boehrer, J. D., Glamann, D. B., Landau, C., Rossen, J. D., Winniford, M. D. & Hillis, L. D. (1994). Coronary-artery vasoconstriction induced by cocaine, cigarette smoking, or both. *The New England Journal of Medicine*, 330(7), 454-459.
- Möller, H.-J., Laux, G. & Deister, A. (Hrsg.). (2009). *Psychiatrie und Psychotherapie* (4.Auflage ed.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Mukamal, K. J. (2006). The effects of smoking and drinking on cardiovascular disease and risk factors. *Alcohol Res Health*, 29(3), 199-202.
- Nahvi, S., Richter, K., Li, X., Modali, L. & Arnsten, J. (2006). Cigarette smoking and interest in quitting in methadone maintenance patients. *Addictive Behaviors*, 31(11), 2127-2134.
- Nestler, E. J. (2000). Genes and addiction. *Nature Genetics*, 26, 277-281.
- Nestler, E. J. & Malenka, R. C. (2004). Das süchtige Gehirn. *Spektrum der Wissenschaft*, Juni, 34-41.

- Novy, P., Hughes, J. R. & Callas, P. (2001). A comparison of recovering alcoholic and non-alcoholic smokers. *Drug Alcohol Dependence*, 65(1), 17-23.
- Pabst, A., Piontek, D., Kraus, L. & Müller, S. (2010). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009. *Sucht - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 56(5), 327–336.
- Petermann, H. (1999). *Das Soester Programm zur Suchtprävention: Konzept, Akzeptanz und Effektivität*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Peto, R., Lopez, A. D., Boreham, J., Thum, M., Heath, C. & Doll, R. (1996). Mortality from smoking worldwide. *British Medical Bulletin*, 52(1), 12-21.
- Piontek, D., Kraus, L., Gomes de Matos, E. & Pabst, A. (2013). Komorbide Substanzstörungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. *Sucht - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 59(6), 347-354.
- Pottmeyer, J. (2014). Raucherberatung und -entwöhnung als fester Therapiebaustein auf einer psychiatrischen Akutstation für Suchterkrankungen, *Dissertation*. Medizinische Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität zu München.
- Prochaska, J. J., Delucchi, K. & Hall, S. M. (2004). A meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 72(6), 1144-1156.
- Prochaska, J. J., Fromont, S. C. & Hall, S. M. (2005). How prepared are psychiatry residents for treating nicotine dependence? *Academic Psychiatry*, 29(3), 256-261.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 51(3), 390-395.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcoss, J. C. (1992). In Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Rabin, R. A., Ashare, R. L., Schnoll, R. A., Cinciripini, P. M., Hawk, L. W., Lerman, C., Tyndale, R. F. & George, T. P. (2016). Does cannabis use moderate smoking cessation outcomes in treatment-seeking tobacco smokers? Analysis from a large multi-center trial. *The American Journal on Addictions*, 25(4), 291-296.

- Reid, M. S., Fallon, B., Sonne, S., Flammino, F., Nunes, E. V., Jiang, H., Kourniotis, E., Lima, J., Brady, R., Burgess, C., Arfken, C., Pihlgren, E., Giordano, L., Starosta, A., Robinson, J. & Rotrosen, J. (2008). Smoking cessation treatment in community-based substance abuse rehabilitation programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35(1), 68-77.
- Resnick, M. P. & Bosworth, E. E. (1989). A smoke-free psychotric unit. *Hospital & Community Psychaitry*, 40, 525-527.
- Revenstorff & Metsch. (1986). *Lerntheoretische Grundlagen der Sucht* (Sucht). Heidelberg: Springer.
- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Colby, S. M., Gulliver, S. B., Sirota, A. D., Niaura, R. S. & Abrams, D. B. (1997). Effects of alcohol cues on smoking urges and topography among alcoholic men. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21(1), 101-107.
- Rose, J. E., Brauer, L. H., Behm, F. M., Cramblett, M., Calkins, K. & Lawhon, D. (2004). Psychopharmacological interactions between nicotine and ethanol. *Nicotine Tobacco Research*, 6(1), 133-144.
- Rosen, C. S. (2000). Is the sequencing of change processes by stage consistent across health problems? A meta-analysis. *Health Psychology*, 19, 593-604.
- Rüther, T., Bobes, J., De Hert, M., Svensson, T. H., Mann, K., Batra, A., Gorwood, P. & Möller, H.-J. (2014). EPA Guidance on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness. *European Psychiatry*, 29, 65-82.
- Santa Ana, E. J., LaRowe, S. D., Armeson, K., Lamb, K. E. & Hartwell, K. (2016). Impact of group motivational interviewing on enhancing treatment engagement for homeless Veterans with nicotine dependence and other substance use disorders: A pilot investigation. *The American Journal on Addictions*, 25(7), 533-541.
- Sasco, A. J., Secretan, M. B. & Straif, K. (2004). Tobacco smoking and cancer: a brief review of recent epidemiological evidence. *Lung Cancer*, 45 Suppl 2, S3-9.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (Hrsg.). (1998). *Diagnostische Kriterien DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, L. G. & Rist, F. (2006). *Sucht und Folgestörungen*. Heidelberg: Springer Verlag.

- Schreiber, L. H. (2003). Abhängigkeit oder Sucht? *Sucht - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 49(2), 126-128.
- Schumann, A., Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U. & John, U. (2002). Deutsche Version des Fagerström-Test for Nicotine Dependence (FTND) (FTND-d) und des Heaviness of smoking Index (HSI) (HSI-d). In A. Glöckner-Rist, F. Rist & H. Küfner (Hrsg.), *Elektrisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES). Version 2.00*. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.
- Schumann, A., Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U. & John, U. (2003). Skalen zu Kernkonstrukten des Transtheoretischen Modells (TTM) im Verhaltensbereich Tabakkonsum. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 11 (2), S. 57-66.
- Sciamanna, C. N., Hoch, J. S., Duke, G. C., Fogle, M. N. & Ford, D. E. (2000). Comparison of five measures of motivation to quit smoking among a sample of hospitalized smokers. *Journal of General Internal Medicine*, 15(1), 16-23.
- Sees, K. L. & Clark, H. W. (1993). When to begin smoking cessation in substance abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10(2), 189-195.
- Sher, K. J., Gotham, H. J., Erickson, D. J. & Wood, P. K. (1996). A prospective, high-risk study of the relationship between tobacco dependence and alcohol use disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 20(3), 485-492.
- Shoptaw, S., Jarvik, M. E., Ling, W. & Rawson, R. A. (1996). Contingency management for tobacco smoking in methadone-maintained opiate addicts. *Addictive Behaviors*, 21(3), 409-412.
- Sieber, M. (1993). *Drogenkonsum: Einstieg und Konsequenzen. Ergebnis von Längsschnittuntersuchungen und deren Bedeutung für die Prävention*. Bern: Huber.
- Sohal, H., Huddleston, L. & Ratschen, E. (2016). Preparing for Completely Smoke-Free Mental Health Settings: Findings on Patient Smoking, Resources Spent Facilitating Smoking Breaks, and the Role of Smoking in Reported Incidents from a Large Mental Health Trust in England. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(3), 256-267.
- Statistisches Bundesamt. (2004). *Methoden – Verfahren – Entwicklungen. Demographische Standards. Ausgabe 2004*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Stead, L. F. & Lancaster, T. (2009). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.



- Stead, L. F., Perera, R., Bullen, C., Mant, D. & Lancaster, T. (2008). Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3*.
- Sussman, S. (2002). Smoking cessation among persons in recovery. *Subst Use Misuse, 37*(8-10), 1275-1298.
- Tait, R. J., Hulse, G. K., Waterreus, A., Flicker, L., Lautenschlager, N. T., Jamrozik, K. & Almeida, O. P. (2006). Effectiveness of a smoking cessation intervention in older adults. *Addiction, 102*, 148 - 155.
- Tizabi, Y., Copeland, R. L., Jr., Louis, V. A. & Taylor, R. E. (2002). Effects of combined systemic alcohol and central nicotine administration into ventral tegmental area on dopamine release in the nucleus accumbens. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 26*(3), 394-399.
- Tretter, F. & Müller, A. (2001). *Psychologische Therapie der Sucht*. Göttingen: Hogrefe.
- Tsuang, M. T., Lyons, M. J., Meyer, J. M., Doyle, T., Eisen, S. A., Goldberg, J., True, W., Lin, N., Toomey, R. & Eaves, L. (1998). Co-occurrence of Abuse of Different Drugs in Men: The Role of Drug-Specific and Shared Vulnerabilities *Archives of General Psychiatry, 55*(11), 967-972.
- Turati, F., Garavello, W., Tramacere, I., Pelucchi, C., Galeone, C., Bagnardi, V., Corrao, G., Islami, F., Fedirko, V., Boffetta, P., La Vecchia, C. & Negri, E. (2013). A meta-analysis of alcohol drinking and oral and pharyngeal cancers: Results from subgroup analyses. *Alcohol and Alcoholism, 48*(1), 107-118.
- Tverdal, A. & Bjartveit, K. (2006). Health consequences of reduced daily cigarette consumption. *Tabacco Control, 15*, 472-480.
- U. S. Department of Health and Human Services. (2004). *The Health Consequence of Smoking. A Report of the Surgeon General*. Atlanta: U. S. Department of Health and Human Services.
- Van Ryzin, M. J., Fosco, G. M. & Dishion, T. J. (2012). Family and peer predictors of substance use from early adolescence to early adulthood: An 11-year prospective analysis. *Addictive Behaviors, 37*(12), 1314-1324.
- Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Fava, J. L., Rossi, J. S., Redding, C. A., Laforge, R. G. & Robbins, M. L. (2000). Using the transtheoretical model for population-based approaches to health promotion and disease prevention. *Homeostasis, 40*, 174-195.

- Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Rossi, J. S. & Snow, M. G. (1992). Assessing outcome in smoking cessation studies. *Psychological Bulletin*, 111, 23-41.
- Vogeler, T., McClain, C. & Evoy, K. E. (2016). Combination bupropion SR and varenicline for smoking cessation: a systematic review. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 42(2), 129 - 139.
- Weinberger, A. H., Platt, J., Jiang, B. & Goodwin, R. D. (2015). Cigarette smoking and risk of alcohol use relapse among adults in recovery from alcohol use disorders. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 39(10), 1989-1996.
- Wessels, C. & Winterer, G. (2008). Nikotin und Gehirnentwicklung. *Nervenarzt*, 79(1), 7-16.
- West, R. (2001). Theorie of addiction. *Addiction*, 96(1), 3-13.
- West, R. (2005). Time for a change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. *Addiction*, 100(8), 1036-1039.
- WHO. (2012). *WHO Global Report. Mortality Attributable to Tobacco*. Switzerland: World Health Organization.
- WHO. (2013). *World Health Statistics 2013*. Switzerland: World Health Organisation.
- Wikler, A. (1973). Dynamics of drug dependence: Implications of a conditioning theory for research and treatment. *Archives of General Psychiatry*, 28(5), 611-616.
- Wise, R. A. (1988). The neurobiology of craving: implications for the understanding and treatment of addiction. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(2), 118-132.
- Yardley, M. M., Mirbaba, M. M. & Ray, L. A. (2015). Pharmacological Options for Smoking Cessation in Heavy Drinking Smokers. *CNS Drugs*, 29(10), 833 - 845.
- Ziedonis, D. M., Guydish, J., Williams, J., Steinberg, M. & Foulds, J. (2006). Barriers and solutions to addressing tobacco dependence in addiction treatment programs. *Alcohol Research and Health*, 29, 228-235.
- Zullino, D., Besson, J. & Schnyder, C. (2000). Stage of change of cigarette smoking in alcohol-dependent patients. *European Addiction Research*, 6(2), 84-90.

- Zullino, D. F., Besson, J., Favrat, B., Krenz, S., Zimmermann, G., Schnyder, C. & Borgeat, F. (2003). Acceptance of an intended smoking ban in an alcohol dependence clinic. *European Psychiatry*, 18(5), 255-257.

## **10 Anhang**

### **10.1. Manual: Das Rauchfrei-Programm *Rethink your Smoking***

# **DAS RAUCHFREI-PROGRAMM**

## ***Rethink your Smoking***

Version für die stationäre Behandlung von  
Abhängigkeitserkrankungen  
Kursleitermanual

**Raucherberatung und -entwöhnung als fester Therapiebau-  
stein auf einer allgemeinspsychiatrischen Station mit dem  
Schwerpunkt Abhängigkeitserkrankungen**

Originalversion von:

**Dr. Sabine Felten, geb. Gradl**  
**IFT Gesundheitsförderung**  
Montsalvatstraße 14, 80804 München

Überarbeitet von:

Amelie Ruderer, geb. Berthold

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>Hinweis zur Durchführung des Rauchfrei-Programms.....</b>	<b>4</b>
<b>Durchführung des Rauchfrei-Programms in der Version für die stationäre Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen - <i>Rethink your Smoking</i> .....</b>	<b>4</b>
<b>Erste Kursstunde - Rauchen und rauchfrei leben.....</b>	<b>6</b>
Einführung in die Kursstunde.....	6
Überblick über die erste Kursstunde .....	8
1. Begrüßung und Information zum Rauchfrei-Programm.....	9
2. Erläuterung des Fragebogens zum Rauchverhalten (Fagerström-Test).....	11
3. Auswertung der Registrierkarten und Erfahrungsaustausch bereits registrierender Patienten .....	12
4. Vorstellungsrunde neuer Patienten .....	15
5. Vortrag „Rauchen und rauchfrei leben“ .....	17
6. Nikotinersatztherapie.....	29
7. Registrierkarte.....	31
8. Verabschiedung .....	34
9. Vereinbarung eines Einzelberatungstermins für Patienten, die eine Reduktion oder einen Rauchstopp des Tabakkonsums wünschen .....	36
<b>Zweite Kursstunde – Argumente für das Rauchen und das rauchfreie Leben .....</b>	<b>37</b>
Einführung in die Kursstunde.....	37
Überblick über die zweite Kursstunde.....	39
1. Begrüßung und Information zum Rauchfrei-Programm.....	40
2. Erläuterung des Fragebogens zum Rauchverhalten (Fagerström-Test).....	42
3. Auswertung der Registrierkarten und Erfahrungsaustausch bereits registrierender Patienten .....	43
4. Vorstellungsrunde neuer Patienten .....	46
5. Argumente für das Rauchen und das rauchfreie Leben .....	48
6. Nikotinersatztherapie.....	50

7. Registrierkarte.....	52
8. Verabschiedung .....	55
9. Vereinbarung eines Einzelberatungstermins für Patienten, die eine Reduktion oder einen Rauchstopp des Tabakkonsums wünschen .....	57
<b>Individuelle Einzelberatung.....</b>	<b>58</b>
Einführung in die Einzelberatung.....	58
1. Begrüßung und Einleitung .....	59
2. Dokumentationsbogen, Registrierkarte und CO-Messung .....	60
3. Mögliche Fragen seitens der Patienten zu Rauchen und Körpergewicht .....	66

**Anmerkung:**

Um die Lesbarkeit dieses Manuals zu erleichtern, ist im Text immer von Kursleiter, Patient/en, Teilnehmer und Raucher die Rede. Selbstverständlich sind Kursleiterinnen, Patientin/innen, Teilnehmerin/innen, Raucherin/innen immer mitgemeint.

## **Hinweis zur Durchführung des Rauchfrei-Programms**

### **Aufbau und zeitlicher Ablauf**

Die durchschnittliche Behandlungsdauer eines qualifizierten Entzuges von Alkohol auf einer allgemeinpsychiatrischen Station mit Schwerpunkt Abhängigkeitserkrankungen beträgt etwa zwei Wochen. Aufgrund dessen sollte das Programm zur Raucherberatung und -entwöhnung, in einem Zeitraum von zwei Wochen durchgeführt werden. Die Teilnahme ist für alle rauchenden Patienten im Rahmen des Therapiekonzeptes verpflichtend. Dabei findet wöchentlich eine einstündige Informations- und Therapiegruppe statt. All jene Patienten, welche den Wunsch äußern, während des stationären Aufenthaltes ihren Tabakkonsum reduzieren oder einen Rauchstopp durchführen zu wollen, werden zusätzliche Einzeltermine für eine Beratung angeboten.

Die Teilnahme an der Gruppe ist zu jedem Zeitpunkt möglich.

### **Inhalt des Rauchfrei-Programms**

Der Inhalt des Rauchfrei-Programms teilt sich in zwei Phasen. Das Ziel der beiden einstündigen Informations- und Therapiegruppen ist es, die Ambivalenz und die Motivation für ein rauchfreies Leben zu entwickeln und zu verstärken. Entscheidet sich der Patient für eine Reduktion oder einen Rauchstopp, folgt im Einzelgespräch die Vorbereitung und die Stabilisierung der Reduktion bzw. der Abstinenz.

## **Durchführung des Rauchfrei-Programms in der Version für die stationäre Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen - *Rethink your Smoking***

Dieser Abschnitt befasst sich mit der Durchführung des Rauchfrei-Programms *Rethink your Smoking* in der Version für die stationäre Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. Dabei wird für jede Kursstunde und den Einzelberatungstermin in einem eigenen Kapitel der Ablauf und die Vorgehensweise detailliert beschrieben.

Einleitend erfolgt eine Einführung in die Thematik der jeweiligen Kursstunde. Der anschließende tabellarische Überblick gibt Auskünfte über die einzelnen Kurselemente, über die benötigten Materialien sowie über die veranschlagte Zeit pro Element. Die Darstellung der Kurselemente für die Informations- und Therapiegruppe sowie für die Einzelberatung orientiert sich an folgender Gliederung:

Ziel(e)	Unter diesem Punkt wird erläutert, welche Funktion das jeweilige Kurselement hat, d. h. was der Kursleiter bei den Patienten erreichen möchte. Aus der Sicht der Patienten wird dargestellt, welche Veränderungen im Bezug auf Wissen, Verhalten, Kompetenz, Motivation und Gefühl verändert werden sollen.
Verhalten des Kursleiters	An dieser Stelle werden die Grundhaltungen des Kursleiters und seine speziellen Strategien, die er zu diesem Zeitpunkt verfolgt, beschrieben.
Materialien	Hier werden Angaben zu den benötigten Unterlagen/Materialien des Kurselementes gemacht.
Durchführung	In zeitlicher Abfolge werden hier die einzelnen Arbeitsschritte erklärt.
Dauer	Dieser Punkt gibt Auskunft über den zeitlichen Rahmen des Kurselements.

Nach jeder Tabelle folgt eine **Anleitung zur Durchführung** des Kurselements, in der genau ausgeführt wird, was der Kursleiter sagt und wie er sich dabei verhält. An diese soll sich der Kursleiter möglichst genau halten. Die *kursiv* gedruckten Textpassagen sollen so wörtlich wie möglich, aus dem Manual vorgetragen werden. Sie dienen als Beispielformulierung. Die Unterstreichungen heben noch einmal die wichtigsten Aspekte hervor, die in der Kursstunde zu nennen sind. Sie stellen eine Art Leitfaden dar. Dennoch kann und soll der Kursleiter bei der Präsentation seine Persönlichkeit und sein Temperament mit einbringen.



## **Erste Kursstunde - Rauchen und rauchfrei leben**

### **Einführung in die Kursstunde**

Für den Erfolg dieses Rauchfrei-Programms ist es wichtig, dass Sie zu Beginn jeder Kursstunde versuchen, eine positive Beziehung zu den Patienten aufzubauen. Da die Teilnahme an den beiden Informations- und Therapiegruppen für alle rauchenden Patienten im Rahmen des Therapiekonzeptes verpflichtend ist, sollten Sie berücksichtigen, dass die Teilnehmer anfänglich oft noch angespannt, unsicher, eventuell ambivalent oder skeptisch, aber auch neugierig und interessiert sind.

Teilen Sie, wenn möglich, bereits vor der Kursstunde allen neuen Teilnehmern einen Fragebogen zum Rauchverhalten (Fagerström-Test) sowie einen Stift aus und bitten Sie sie, diesen schon einmal auszufüllen. Falls ein Patient wissen möchte, wofür der Fragebogen ist, sagen Sie ihm, dass Sie dies während der Stunde erläutern.

Nachdem Sie die Patienten begrüßt haben, erklären Sie den Sinn und den Zweck (Einführung und dem Hinweis auf die gute Datenlage zur Reduktion bzw. zum Stopp des Tabakkonsums bei komorbider Suchterkrankung) sowie den Aufbau und den Inhalt dieser Kursstunde, damit die Teilnehmer eine Vorstellung davon bekommen, was sie erwartet. Damit schaffen Sie Transparenz und können eventuell erste Widerstände abbauen.

Anschließend erläutern Sie die Funktion des Fragebogens zum Rauchverhalten (Fagerström-Test). Insofern die Patienten vor Beginn der Kursstunde mit dem Ausfüllen nicht fertig geworden sind, sollen sie dies nun fortsetzen.

Mit all jenen Patienten, die bereits registriert oder eine Reduktion bzw. Stopp des Tabakkonsums begonnen haben, werden die Erfahrungen besprochen, die sie mit dem Ausfüllen der Registrierkarte gesammelt haben. Greifen Sie gegebenenfalls während des Vortrages zum „Rauchen und rauchfrei leben“ auf diese geschilderten Erfahrungen und die typischen Rauchsituationen zurück.

Durch die darauf folgende kurze Vorstellungsrunde neuer Teilnehmer bekommen Sie ein erstes Bild bezüglich deren Raucherprofils und deren Rauchgeschichte.

Den Vortrag zum „Rauchen und rauchfrei leben“ sollten Sie gut vorbereiten, denn hier haben Sie die Möglichkeit, sich als kompetenter Kursleiter zu präsentieren, zu dem die Patienten ein gewisses Vertrauen entwickeln können. Während des Vortrags sollen die Teilnehmer zusätzlich über die Funktion des Rauchens ausführlich informiert werden, damit diese die Denkfehler von Rauchern verstehen. Um die Patienten für sich zu ge-

winnen, sollten Sie viel Blickkontakt mit ihnen herstellen, damit sie sich von Ihnen angesprochen fühlen.

Mit der darauffolgenden Aufklärung über die Möglichkeit der Verwendung von Nikotinpräparaten können Sie die Motivation für eine Reduktion bzw. einen Stopp des Tabakkonsums der Patienten verstärken, da Sie Ihnen die Angst vor Entzugssymptomen nehmen. Machen Sie aber deutlich, dass die kostenfrei Vergabe der Nikotinpräparate nur während des stationären Aufenthaltes möglich ist.

Erläutern Sie zum Schluss der Kursstunde das Ausfüllen der Registrierkarte, so dass für alle Patienten, die registrieren möchten, deutlich wird, was sie genau tun müssen.

Verabschieden Sie sich anschließend von der Gruppe, in dem Sie sich für Ihre Aufmerksamkeit und Mitarbeit bedanken. Weisen Sie darauf hin, dass Sie mit all jenen Teilnehmern, die registrieren, um ihren Tabakkonsum reduzieren oder einen Rauschstopp durchführen zu können, am Anschluss dieser Stunde zusätzlich Einzeltermine für eine Beratung vereinbaren werden.

## Überblick über die erste Kursstunde

Kurselemente	Materialien	Dauer
1. Begrüßung und Information zum Rauchfrei-Programm	Teilnehmende Patienten der Station	2 Min.
2. Erläuterung des Fragebogens zum Rauchverhalten (Fagerström-Test)	Fragebogen zum Rauchverhalten (Fagerström-Test) und Stifte	2 Min.
3. Auswertung der Registrierkarten und Erfahrungsaustausch bereits registrierender Patienten	Ausgefüllte Registrierkarten der Patienten	10 Min.
4. Vorstellungsrunde neuer Patienten	Fragebogen zum Rauchverhalten (Fagerström-Test)	10 Min.
5. Vortrag „Rauchen und rauchfrei leben“	PowerPoint-Präsentation bzw. Folien (Overhead) „Rauchen und rauchfrei leben“	25 Min.
6. Nikotinersatztherapie	Keine	3 Min.
7. Registrierkarte	Registrierkarten	3 Min.
8. Verabschiedung	Keine	5 Min.
9. Vereinbarung eines Einzelberatungstermins für Patienten, die eine Reduktion oder einen Rauchstopp des Tabakkonsums wünschen	Terminliste für Kursleiter Registrierkarten	10 Min.

1. Begrüßung und Information zum Rauchfrei-Programm

Ziel(e)	Die Patienten fühlen sich willkommen
	Die Patienten sind informiert über Sinn und Zweck sowie über den Aufbau und Inhalt der Kursstunde
Verhalten des Kursleiters	Werben Sie um die Sympathie der Patienten
	Signalisieren Sie ihnen Ihre Empathie
	Informieren Sie sachlich über die wissenschaftlichen Erkenntnisse
Materialien	Teilnehmende Patienten der Station
Durchführung	Begrüßung der Patienten und Vorstellung des Kursleiters
	Einführung und Hinweis auf die gute Datenlage zur Reduktion bzw. zum Stopp des Tabakkonsums bei komorbider Suchterkrankung
	Zeitliche und inhaltliche Vorstellung des Rauchfrei-Programms
	Kurze Erläuterung der medikamentösen Unterstützung
Dauer	2 Minuten

**Anleitung zur Durchführung**

*Ich möchte Sie ganz herzlich begrüßen/willkommen heißen ...*

*... Ich möchte mich zunächst einmal kurz vorstellen, mein Name ist ... und ich bin...*

*Sie werden sich vielleicht fragen, warum das Rauchfrei-Programm ein fester Therapiebaustein des Suchtprogramms auf der Station ist, und Sie somit an dieser Informationsgruppe teilnehmen müssen: Wissenschaftliche Studien haben festgestellt, dass wenn man die Sucht, wegen der Sie hier stationär sind, also Alkohol, Medikamente oder andere illegale Substanzen, und die Tabakabhängigkeit gleichzeitig behandelt, die Wahrscheinlichkeit steigt, dass Sie mit beiden länger abstinent bleiben. Und dafür wäre jetzt ein guter Zeitpunkt.*

*Dabei handelt es sich um ein Angebot auf dieser Station, d. h. es zwingt Sie niemand mit dem Rauchen aufzuhören, lediglich anhören müssen Sie es sich. Wie sieht das Angebot nun konkret aus: In der heutigen Stunde werde ich einen kurzen Vortrag zum Thema*

*„Rauchen und rauchfrei leben“ halten sowie Sie über das Angebot der medikamentösen Unterstützung informieren.*

*Was bedeutet nun medikamentöse Unterstützung: Wenn Sie sich entschließen sollten, Ihren Tabakkonsum reduzieren oder einen Rauchstopp einlegen zu wollen, können wir Sie dabei mittels Nikotinpräparaten, wie Pflaster, Kaugummis oder Lutschpastillen, unterstützen. In dieser Form können wir Ihnen das Nikotin geben, da es nicht giftig ist und ein weiterer Vorteil wäre, dass Sie Ihrer Gesundheit noch einen Gefallen tun würden. Sie sehen, Sie können nur gewinnen. Denn das Schlimmste was Ihnen passieren könnte, ist, dass Sie nach dem Klinikaufenthalt wieder rauchen wie davor.*

2. Erläuterung des Fragebogens zum Rauchverhalten (Fagerström-Test)

Ziel(e)	Die Patienten wissen um die Funktion des Fragebogens zum Rauchverhalten (Fagerström-Test)
Verhalten des Kursleiters	Erläutern Sie den Patienten kurz und sachlich die Funktion des Fragebogens zum Rauchverhalten (Fagerström-Test) Lassen Sie, außer Verständnisfragen, keine weiteren Diskussionen zu
Materialien	Fragebogen zum Rauchverhalten (Fagerström-Test) und Stifte
Durchführung	Patienten füllen den Fragebogen aus
Dauer	2 Minuten

**Anleitung zur Durchführung**

*Ich möchte nun zu Beginn auf den Fragebogen eingehen, den Sie vor dem Kurs von mir erhalten haben. Es handelt sich dabei um einen wissenschaftlichen Fragebogen, mit dem Sie die Stärke Ihrer körperlichen Nikotinabhängigkeit erfassen können. Beantworten Sie hierzu die sechs Fragen und zählen die in den Klammern stehenden Punkte einfach zusammen. Wir werden später noch einmal darauf zurückkommen.*

Fragen Sie die Patienten, ob Sie mit dem Ausfüllen der Fragebögen schon fertig sind. Ist dies nicht der Fall, sollen sie dies nun fortsetzen.

3. Auswertung der Registrierkarten und Erfahrungsaustausch bereits registrierender Patienten

Ziel(e)	Die Patienten, die registriert oder eine Reduktion bzw. Stopp des Tabakkonsums begonnen haben, sprechen vor der Gruppe über ihre neuen Erfahrungen
	Die Patienten lernen die verschiedenen Funktionen des Rauchens kennen
	Die Patienten, die registriert haben, verstehen die Funktion des Rauchens bei sich besser
	Der Kursleiter erhält Informationen über das Rauchverhalten der Patienten, auf die er im Vortrag Bezug nehmen kann
Verhalten des Kursleiters	Fragen Sie nach den Erfahrungen seit der letzten Kursstunde
	Würdigen Sie das Ausfüllen der Registrierkarten
	Weisen Sie auf die Bedeutung der Aufgaben hin
	Loben Sie die Beiträge und gemachte Fortschritte
	Fungieren Sie als Moderator beim Erfahrungsaustausch
	Strukturieren Sie die Erfahrungen
	Fassen Sie die Aussagen der Patienten zusammen
	Weisen Sie auf die unterschiedlichen Erfahrungen hin, aber ziehen Sie auch Parallelen/Vergleiche zwischen den einzelnen Patienten
	Würdigen Sie die Fortschritte der Patienten hinsichtlich ihrer neu gewonnen Erkenntnisse zum Rauchverhalten und ihrer Rauchmotive
	Weisen Sie auf die Funktionslosigkeit vieler Zigaretten hin
Materialien	Ausgefüllte Registrierkarten der Patienten
Durchführung	Erfahrungsberichte der Patienten über das Ausfüllen der Registrierkarten
	Einführung: Welche neuen Erkenntnisse wurden mit den Registrierkarten gewonnen?
	Zusammenfassen der Ergebnisse
Dauer	10 Minuten

### ***Anleitung zur Durchführung***

Bitten Sie all jene Patienten, die bereits schon registriert haben, ihre Registrierkarten hervorzuholen und fragen Sie, wie es Ihnen damit ergangen ist.

*Wie viele Registrierkarten haben Sie ausgefüllt? Mich interessiert: Was sind die wichtigsten Anlässe, zu denen Sie rauchen? Rauchen Sie auf Station mehr als außerhalb der Klinik? Gibt es eine Tageszeit, zu der Sie besonders viel oder besonders wenig rauchen? Haben Sie ein oder mehrere Rauchrituale bei sich entdecken können?*

Alle Patienten, die bereits registriert oder eine Reduktion bzw. Stopp des Tabakkonsums begonnen haben, werden ermutigt, etwas über ihre Erfahrungen zu erzählen. Wenn die Reaktion dieser zurückhaltend ist oder nur wenig unterschiedliche Erfahrungen genannt werden, sind folgende Fragen hilfreich, um den Erfahrungsaustausch anzuregen:

- *Wie erging es Ihnen mit dem Registrieren?*
- *Was war schwierig beim Registrieren?*
- *Gab es Auswirkungen auf das Rauchen?*
- *Haben Sie etwas Neues über sich erfahren?*
- *Waren alle Zigaretten, die Sie geraucht haben, notwendig? Wie ist die Verteilung Ihrer Striche in den letzten beiden Spalten?*
- *Wie ist es Ihnen ergangen, wenn Sie sich entschieden hatten, dass eine Zigarette nicht notwendig war?*

Bedanken Sie sich für jeden Beitrag der Patienten und loben Sie die gemachten Fortschritte deutlich. Kommentieren Sie etwa ab dem dritten Beitrag die Aussagen und weisen zum einen auf Gemeinsamkeiten und typische Muster hin, aber auch zum anderen auf die Unterschiede. Stellen Sie sich als Experte dar. Haben Patienten festgestellt, dass sie weniger geraucht haben, können Sie dies folgendermaßen kommentieren:

*Vielen Rauchern wird durch das Registrieren bewusst, dass sie einige Zigaretten gar nicht wirklich rauchen wollen. Deshalb rauchen Sie momentan weniger. Das hält aber meist nur kurz an.*

Fragen, an Patienten, die bereits reduziert oder mit dem Rauchen aufgehört haben:

- *Wie geht es Ihnen mit der Reduktion bzw. dem Rauchstopp?*
- *Welche Dinge/Strategien sind Ihnen dabei hilfreich?*
- *Was merken Sie körperlich?*



- *Wie kommen Sie mit der Nikotinersatztherapie zurecht?*

Fassen Sie die Ergebnisse folgendermaßen zusammen:

*Es ist interessant zu sehen, dass doch jeder Raucher seine eigenen Gründe hat, warum er raucht. Nicht alle Zigaretten tun gut oder sind notwendig, das bedeutet, dass viele Zigaretten automatisch angezündet oder wegen der Sucht geraucht werden, gar nicht schmecken oder sinnlos sind. Dennoch ist der Wunsch vieler Raucher, nur die wenigen wichtigen Zigaretten zu rauchen und auf die anderen verzichten zu können. Warum dies aber meistens nicht geht, das hat mit der Funktion des Rauchen zu tun und darauf werde ich im heutigen Vortrag nochmals genauer drauf eingehen.*

4. Vorstellungsrunde neuer Patienten

Ziel(e)	Die neuen Patienten reflektieren das eigene Raucherverhalten
	Die neuen Patienten machen die Erfahrung, dass ihre Äußerungen wertgeschätzt werden
	Der Kursleiter erhält Information über das Raucherprofil und die Rauchgeschichte der neuen Teilnehmer
Verhalten des Kursleiters	Erläutern Sie den Patienten den Sinn der Vorstellungsrunde
	Ermuntern Sie jeden neuen Patient sich vorzustellen
	Signalisieren Sie deutlich Ihr Interesse
	Lassen Sie, außer Verständnisfragen, keine weiteren Fragen und keine Diskussion zu
Materialien	Fragebogen zum Rauchverhalten (Fagerström-Test)
Durchführung	Fragen Sie die Patienten, wer mit der Vorstellungsrunde beginnen möchte
	Versuchen Sie alle neuen Patienten zu ermutigen, sich kurz vorzustellen
Dauer	10 Minuten

**Anleitung zur Durchführung**

*Ich möchte nun mit allen neuen Patienten kurz über Ihr Rauchverhalten sprechen. Bitte, nehmen Sie hierfür Ihren Fragebogen zum Rauchverhalten (Fagerström-Test) zur Hand, nennen Sie mir Ihren Punktwert und ob das Ergebnis Ihrer Meinung nach stimmt.*

Stellen Sie anschließend jedem neuen Patienten die folgenden Fragen. Berücksichtigen Sie hierbei die Redezeit der einzelnen Teilnehmer und begrenzen Sie diese gegebenenfalls. Insofern ein Patient angibt, schon einmal oder mehrmals mit dem Rauchen aufgehört zu haben, loben Sie dieses Verhalten.

- *Wie lange rauchen Sie schon (in Jahren)?*
- *Haben Sie schon einmal aufgehört?*
  - *Wenn ja, wie haben Sie das geschafft?*
  - *Wie lange waren Sie abstinent?*

- *Wann haben Sie wieder angefangen (in Jahren)?*
- *Warum haben Sie wieder angefangen?*
- *In welchem Alter haben Sie mit dem Rauchen begonnen?*

Bedanken Sie sich für jeden Beitrag der Patienten.

5. Vortrag „Rauchen und rauchfrei leben“

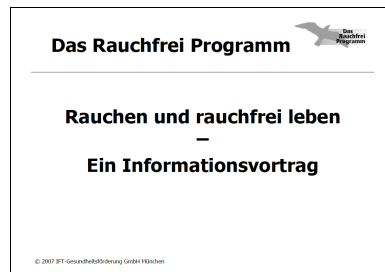
Ziel(e)	Die Neugierde der Patienten verstärken
	Die Ambivalenz gegenüber dem Rauchen verstärken
	Das Vertrauen in die Kompetenz des Kursleiters verstärken
	Die Patienten verstehen die Funktion des Rauchens
	Die Patienten verstehen den Stellenwert der Sucht beim Rauchen
Verhalten des Kursleiters	Stellen Sie das Thema „Rauchen und rauchfrei leben“ sachlich und objektiv dar
	Stellen Sie den Kontakt zu den Patienten her, indem sie Blickkontakt halten und die Teilnehmer sich von Ihnen angesprochen fühlen
	Präsentieren Sie sich als Experte
	Achten Sie darauf, dass die Patienten die Funktion des Rauchens verstehen und nachvollziehen können
	Greifen Sie auf einige Beispiele der Patienten zurück
	Lassen Sie Fragen der Patienten zu und beantworten Sie die Fragen
Materialien	PowerPoint-Präsentation bzw. Folien (Overhead) : „Rauchen und rauchfrei leben“
Durchführung	Referat zum Thema „Rauchen und rauchfrei leben“
	Bezugnahme auf die Erfahrungen der Patienten
	Aufforderung, Fragen zum Vortrag zu stellen
Dauer	25 Minuten

***Anleitung zur Durchführung***

Erklären Sie den Patienten einleitend, dass Sie nun, wie zu Beginn der Kursstunde angekündigt, einen kleinen Vortrag zum Thema „Rauchen und rauchfrei leben“ halten werden. Dabei werden Sie aber nicht über die gesundheitsschädlichen Folgen des Rauchens sprechen, die allen hinlänglich bekannt sind.

Achten Sie darauf, dass Sie so oft wie möglich Blickkontakt mit den Patienten herstellen, damit sich diese von Ihnen angesprochen fühlen.

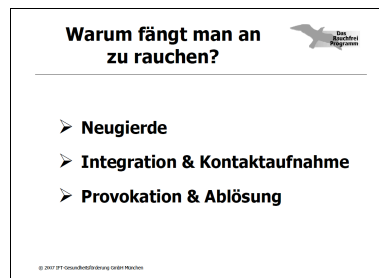
**Folie 1:** *Rauchen und rauchfrei leben – Ein Informationsvortrag*



*Die meisten Raucher und Raucherinnen fangen heutzutage vor dem 16. Lebensjahr an zu rauchen. Da drängt sich natürlich einem die Frage auf: Warum beginnt jemand zu rauchen? Wenn Sie an sich selber denken: Welche Gründe hatten Sie dazu gebracht, mit dem Rauchen anzufangen?*

Warten Sie auf ein paar Antworten von seitens der Patienten, bevor Sie die nächste Folie zeigen.

**Folie 2:** *Warum fängt man an zu rauchen?*



*Meist wurde die erste Zigarette aus Neugierde geraucht, obgleich sie kaum jemandem geschmeckt haben wird. Sie mussten sich erst daran gewöhnen.*

*Trotzdem haben Sie diese probiert. Für Jugendliche sind Gleichaltrige und Freunde sehr wichtig. Mit einer Zigarette in der Hand erscheint es vielen einfacher, Kontakt aufzunehmen, zu flirten, Gesprächsbereitschaft zu signalisieren oder sich in eine Gruppe zu integrieren. Zusammen zu rauchen stärkt das Gemeinschaftsgefühl. Aber auch Provokation und Ablösung gegenüber den Eltern und anderen Erwachsenen spielen dabei eine*

Rolle. Mit dem Rauchen wird deutlich signalisiert, dass man selbstständig und erwachsen ist und man sich um Verbote nicht schert.

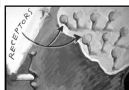
Somit stellt sich weniger die Frage, warum man mit dem Rauchen anfängt, sondern warum man nach den ersten Zigaretten einfach nicht wieder aufhört, wenn diese überhaupt nicht schmecken und anfänglich keine positiven Effekte haben?

**Folie 3:** Warum raucht man weiter?

**Warum raucht man weiter?**

---

- **Nikotin stimuliert das Belohnungssystem im Gehirn!**
- **Nikotin bewirkt, dass der Raucher sich wohlfühlt!**



© 2017 DTG Gesundheitsförderung GmbH München

Für den Raucher, der an das Rauchen gewöhnt ist, gibt es gute Gründe. Er fühlt sich wohl beim Rauchen, weil er vom Gehirn belohnt wird. Das Nikotin der Zigarette manipuliert - wie alle anderen Drogen – das Gehirn. Legale wie illegale Suchtmittel stimulieren das Belohnungssystem im Gehirn, genauso wie Essen oder Sex.


Wenn das Nikotin das Belohnungssystem in Gehirn erreicht signalisiert es Zufriedenheit, Freude, Genuss, Spaß, Wohlgefühl, wie bei allen anderen Suchtmitteln auch - unser Gehirn macht da keinen Unterschied. Den illegalen Drogen werden mehr Power und mehr Gefahr zugesprochen. Aber wenn man mal genau hinschaut, ist das jedoch nicht ganz richtig. Das Nikotin aus der Zigarette besitzt nämlich ebenfalls diese Eigenschaften und ich erkläre Ihnen auch warum.

Der erste Grund ist die Geschwindigkeit, mit der das Nikotin seine Wirkung entfaltet. Was denken Sie, wie lange die Übertragung bis in das Gehirn braucht?

Warten Sie auf Antworten von seitens der Patienten, bevor Sie die nächste Folie zeigen.

**Folie 4:**     *Inhalation*

## Inhalation



---

**... ist der schnellste Weg zum Gehirn!**

nur etwa 10 sec braucht das Nikotin, bis es das Gehirn und die anderen Organe über den arteriellen Kreislauf erreicht

© 2007 BfT Gesundheitsförderung GmbH München

Die Inhalation ist der schnellste Weg zum Gehirn. Das Nikotin braucht etwa nur 10 Sekunden, das sind zwei bis drei Herzschläge, bis es das Gehirn erreicht. Über die Lunge findet das Nikotin den schnellsten Weg zu den Rezeptoren des Belohnungszentrums des Gehirns. Dort werden dann Botenstoffe ausgeschüttet, die dafür sorgen, dass es dem Rauchenden gut geht.

Die Wirkung von Alkohol wie z. B. Bier benötigt hingegen etwa 10 bis 20 Minuten oder die von Schnaps sogar 30 bis 45 Minuten.

In diesem Zusammenhang lässt sich gleich noch ein zweiter Grund nennen, warum das Nikotin eine so weitverbreitete Droge ist. Im Gegensatz zu Alkohol, Medikamenten oder anderen Drogen, nimmt das Nikotin keinen Einfluss auf das Bewusstsein oder die Sinne. Der Raucher funktioniert auch mit dem Nikotin gut, er kann seinen Alltag wie Beruf oder Familie gut meistern.

**Folie 5:**     *Das doppelte Wirkspektrum des Nikotins – anregend und beruhigend –*

## Das doppelte Wirkspektrum des Nikotins



---

**- anregend und beruhigend -**

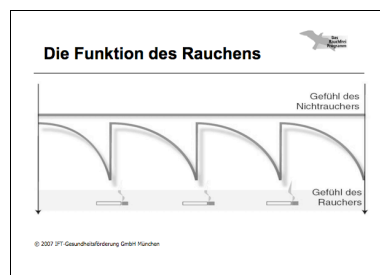
- ↑ Aufmerksamkeit
- ↑ Psychomotorische Leistung
- ↑ Stresstoleranz
- ↑ Entspannung
- ↓ Aggressivität
- ↓ Nervosität, Reizbarkeit
- ↓ Angst
- ↓ Depression
- ↓ Appetit



© 2007 BfT Gesundheitsförderung GmbH München

Ein weiterer Grund, warum Nikotin für die Raucher eine so gute Droge darstellt, ist seine Wirkung: Es hat ein so genanntes „doppeltes Wirkspektrum“. Das bedeutet, dass es einerseits anregend wirkt, sprich es steigert die Aufmerksamkeit, man hat das Gefühl, konzentrierter arbeiten zu können, leistungsfähiger zu sein, Stress besser aushalten zu können und sich nach der Zigarette entspannter zu fühlen. Andererseits wirkt es auch beruhigend, d. h. durch das Nikotin hat man das Gefühl weniger ängstlich, nervös, aggressiv, reizbar oder depressiv zu sein sowie, dass es den Appetit reduziert oder Lange- weile überbrückt. Was immer der Raucher möchte, die Zigarette hilft ihm dabei!

**Folie 6:** Die Funktion des Rauchens



Sie haben eventuelle schon selbst die Erfahrung gemacht, dass Sie Ihre Zigaretten in ganz verschiedenen Situationen rauchen und, dass, je nachdem, in welcher Situation Sie sich befinden, Sie von der Zigarette das bekommen was Sie möchten. Das kommt daher, dass das Nikotin unspezifisch wirkt und Sie sich die Wirkung holen, die Sie benötigen bzw. erwarten – entweder anregend oder beruhigend. Die Psyche spielt also eine entscheidende Rolle, wie die Zigarette wirkt.

Wenn Sie aber in diesen Situationen nicht mehr rauchen oder rauchen können, kann dies, wie bei allen Drogen zu Entzugssymptomen führen. Dabei sind körperliche Entzugssymptome wie zum Beispiel Zittern, Schwitzen, Kreislaufprobleme meistens nicht das größte Problem. Es ist eher dieses ungute, unklare, kaum wahrnehmbare Gefühl, dass bei Ihnen vorherrscht. Wenn Sie dann eine Zigarette rauchen, fühlen Sie sich wohler, geht es Ihnen besser. Dieser Effekt hält aber immer nur für kurze Zeit an, und dann tritt das Verlangen wieder auf. Sie befinden sich in einer Art Teufelskreis: Sie rauchen, um dem unangenehmen Gefühl zu entfliehen, doch gleichzeitig verursachen Sie durch das Rauchen wieder dieses unangenehme Gefühl. Das Besondere ist jedoch, dass

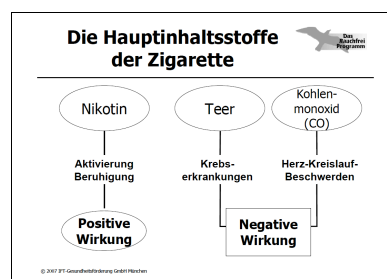


Sie das Verschwinden dieses unangenehmen Gefühls als etwas sehr Positives empfinden.

Das Nikotin ist also die Sonnenseite der Zigarette, die Ihre Welt positiv macht – und das macht die Zigarette für Raucher so attraktiv.

**Folie 7:** Die Hauptinhaltsstoffe der Zigarette

Decken Sie zu Beginn die rechte Seite mit den negativen Wirkungen ab.



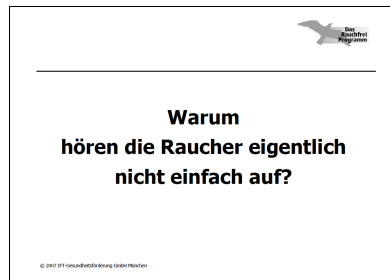
Sie ahnen schon, es gibt auch eine Schattenseite der Zigarette. Nikotin ist natürlich nicht der einzige Inhaltsstoff des Tabakrauchs. Gefährlich ist das Rauchen, weil die anderen Inhaltsstoffe der Zigarette sehr schädlich sind, wie z. B. Teer oder Kohlenmonoxid.

Decken Sie die rechte Seite mit den negativen Wirkungen auf.

Insgesamt enthält der Zigarettenrauch über 4.000 Inhaltsstoffe, von denen über 2.000 giftig und 70 krebserregend sind. Nikotin hat eine positive Wirkung, Teer führt jedoch zu Krebserkrankungen, während Kohlenmonoxid das Herz-Kreislauf-System stark angreift.

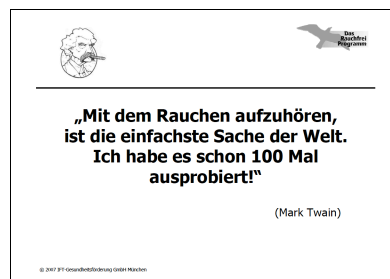
Aber über die negativen Folgen des Rauchens wissen Sie mehr oder weniger gut Bescheid. Ich bin nicht hier, um Ihnen einen Schrecken einzujagen und Angst zu machen vor den Folgen des Rauchens. Ich weiß, dass das nicht hilft und deswegen möchte ich dieses Thema nicht weiter ausführen.

**Folie 8:** *Warum hören die Raucher nicht einfach auf?*



Wenn also, wie wir gerade gesehen haben, die negativen Folgen des Rauchens überwiegen und Aufhören positive Effekte bringen kann, warum geben Raucher dann nicht einfach das Rauchen auf? Weil es eine Sucht ist!

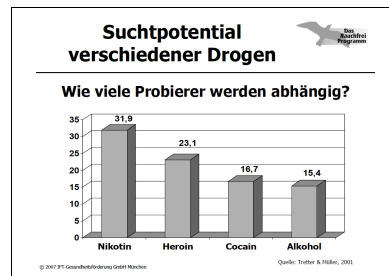
**Folie 9:** *Zitat von Mark Twain*



„Mit dem Rauchen aufzuhören ist die einfachste Sache der Welt. Ich habe es schon 100 Mal probiert!“ Aufhören scheint auch nicht so schwer zu sein, wie Mark Twain es treffend ausdrückt. Es ist das Nicht-wieder-anfangen, das nicht so leicht ist.

Jeder Raucher hört nach jeder ausgedrückten Zigarette auf zu rauchen. Für einige Zeit ist er nun rauchfrei. Doch dann fängt er wieder an. Was bringt Raucher dazu, mit dem rauchfreien Leben wieder aufzuhören? Er kann nicht anders, und zwar weil er wie die meisten Raucher eine Sucht nach Nikotin entwickelt hat.

**Folie 10:** Suchtpotential verschiedener Drogen



Wenn man sich das Suchtpotential verschiedener Drogen anschaut, ist es eigentlich kein Wunder, dass man nur so schwer von der Zigarette wekommt. Suchtpotential heißt hier, dass etwa ein Drittel der Menschen, die jemals Zigaretten probiert haben, nicht mehr davon los kommt. Dies trifft „nur“ auf 23% derjenigen zu, die Heroin probiert haben. Zigaretten haben also demnach ein höheres Suchtpotential als illegale Drogen. Hinzu kommt aber noch, dass zwischen dem Konsum von Tabak und dem Konsum von anderen Suchtmitteln oft eine enge Beziehung besteht. Sie kennen sicher das Phänomen, dass wenn Sie trinken oder andere psychoaktive Substanzen zu sich nehmen, Sie auch mehr rauchen und umgekehrt. Es ist gekoppelt. Somit wird für Sie vielleicht verständlicher, warum die Wahrscheinlichkeit der Abstinenz steigt, wenn Sie mit beiden Suchtstoffen zugleich aufhören. Der Weg zu dieser Abstinenz ist zwar kein leichter, dennoch mit Unterstützung durchaus machbar.

Aber wo liegen nun die Grenzen zwischen Genuss und Sucht? Der Übergang geschieht meist schleichend, doch gibt es eine klare Abgrenzung voneinander.

**Folie 11:** Übergang vom Genuss zur Sucht

**Übergang  
vom Genuss zur Sucht**

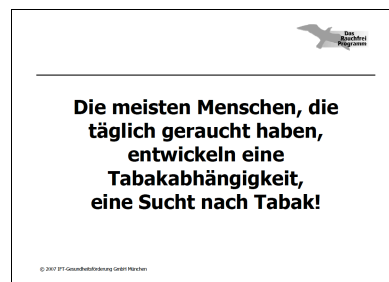
- **Der Mensch bestimmt,**  
ob, wann und in welchem Umfang er eine Droge konsumiert.
- **Die Droge bestimmt,**  
dass und wie häufig der Mensch die Droge konsumieren muss.

© 2007 IPT Gesundheitsförderung Göttingen München

*Beim Genuss bestimmt der Mensch, ob, wann und in welchem Umfang er eine Droge konsumiert. Bei der Sucht ist es die Droge, die bestimmt, dass und wie häufig der Mensch sie konsumieren muss.*

*Sucht oder Abhängigkeit bedeutet, dass man in bestimmten Situationen, zu gewissen Anlässen, in manchen Gefühlslagen oder auch im gesamten Leben ohne die Zigarette nicht mehr auskommt. Das kennen Sie von Ihrer Abhängigkeit, weswegen Sie aktuell hier sind sicher auch. So ist es auch bei der Zigarette. Das Verlangen, zur Zigarette zu greifen, ist zu stark, um ihr widerstehen zu können. Das Gehirn signalisiert: Ich will eine Zigarette haben – und zwar jetzt sofort! Die Sucht ist eine Gier. Wenn sie auftritt, vergisst ein Raucher seine guten Vorsätze. Und...*

**Folie 12:**     *Die meisten Menschen, ...*



*Leider entwickeln die meisten Menschen, die täglich rauchen, eine Tabakabhängigkeit, eine Sucht nach Tabak. Ihnen fällt es dann meistens nicht mehr leicht, mit dem Rauchen aufzuhören, weil der Körper und sie sich selbst daran gut gewöhnt haben.*

**Folie 13:**     *Was passiert, wenn man nicht raucht?*



Zuerst wird das Gehirn rebellieren. Die Nervenzellen wollen weiterhin mit Nikotin gefüttert werden. Sie wollen den Aufhörwilligen überzeugen, dass es doch besser wäre, wieder mit dem Rauchen anzufangen. Diese Rebellion kann sich in der Stimmung oder auch in körperlichem Unwohlsein niederschlagen. Das sind dann die so genannten Entzugserscheinungen. Vielleicht kennen Sie die eine oder andere Entzugserscheinung, wenn Sie schon mal länger nicht geraucht haben. Dabei haben nicht alle Raucher Entzugserscheinungen, nur etwa 50%, aber fast alle Raucher haben Angst davor. Wenn Entzugserscheinungen auftreten, dann meist nur für etwa ein bis zwei Wochen.

Das ist keine leichte Zeit. Es ist wie nach einer Operation, irgendwie funktioniert alles nicht so richtig, man leidet und möchte, dass es bald vorbei ist. Und das geschieht dann ja auch, nach ein bis zwei Wochen hat man es überstanden und es geht einem täglich besser. Dazu ist es sinnvoll einige Regeln zu kennen und zu beherzigen. Im Laufe der beiden Gruppenstunden und eventuellen Einzelberatungsterminen werden wir diese besprechen und Sie dabei unterstützen.

**Folie 14 & 15:** Was bringt das Aufhören?

Was bringt das Aufhören?	
> 20 Minuten	Puls und Blutdruck normal, Hände und Füße besser durchblutet
> 8 Stunden	Sauerstoffversorgung verbessert
> 1-2 Tage	Herzinfarktrisiko sinkt, Geruchs- und Geschmackssinn verbessert
> 2 Wochen	Kreislauf stabilisiert, Lungenfunktion verbessert
> 1 Monat	Hustenanfälle und Kurzatmigkeit gehen zurück, Immunsystem gestärkt

Ein Rauchstopp hat viele Vorteile für Sie und bringt schon in kürzester Zeit Positives mit sich:

Schon nach 20 Minuten kann man die ersten positiven Wirkungen zwar nicht sehen aber feststellen: der Körper ist wieder besser durchblutet, sprich der Puls und der Blutdruck sind normal sowie Hände und Füße besser durchblutet.

Bereits nach acht Stunden verbessert sich die Sauerstoffversorgung, die für unseren Körper so wichtig ist.

Nach ein bis zwei Tagen sinkt das Herzinfarktrisiko und Sie können die ersten Veränderungen auch schon feststellen: Es riecht und schmeckt wieder nach mehr.

*Bereits nach zwei Wochen stabilisiert sich der Kreislauf und Sie haben wieder mehr Atem, da sich die Lungenfunktion verbessert hat.*

*Nach einem Monat gehen die Hustenanfälle und die Kurzatmigkeit zurück und das Immunsystem ist stärker. Sie dürfen nicht beunruhigt sein, wenn Sie den ersten Monat nach dem Rauchstopp vermehrt husten müssen, d. h. der Raucherhusten erst einmal zunimmt. Hier versucht die Lunge sich zu reinigen.*

Was bringt das Aufhören?	
> 1 Jahr	Risiko Koronarinsuffizienz sinkt auf die Hälfte
> 5 Jahre	Risiko Lungen-, Mund-, Luft- und Speiseröhrenkrebs halbiert
> 10 Jahre	Risiko Lungenkrebs gleich Nichtraucher
> 15 Jahre	Risiko Koronarinsuffizienz gleich Nichtraucher

*Ungefähr nach einem Jahr sinkt das Herzinfarktrisiko etwa auf die Hälfte.*

*Nach etwa fünf Jahren halbiert sich Ihr Risiko für Lungen-, Mund-, Luft-, und Speiseröhrenkrebs.*

*In etwa nach zehn Jahren ist das Risiko für Lungenkrebs gleich dem Risiko eines Nichtrauchers.*

*Und nach fünfzehn Jahren ist das Herzinfarktrisiko gleich dem Risiko eines Nichtrauchers.*

*Natürlich gibt es für jeden von Ihnen noch weitere, ganz individuelle Vorteile des rauchfreien Lebens. Das Aufhören lohnt sich also.*

*Doch was hindert den Raucher daran, aufzuhören?*

**Folie 16:** *Was hindert den Raucher daran, aufzuhören?*

**Was hindert den Raucher daran, aufzuhören?** 

---

- „Mir fehlt der feste Willen.“
- „Ich warte auf den richtigen Zeitpunkt.“
- „Ich warte noch, dass es Klick im Kopf macht.“
- „Ich schaffe es einfach nicht.“
- „Es ist zu schwer, durchzuhalten.“

© 2007 IFT Gesundheitsförderung GmbH München

*Häufig kommen Aussagen wie:*

*„Mir fehlt der feste Wille.“: Dieser ist eine wichtige Voraussetzung für das Aufhören, aber es bedarf eventuell Unterstützung.*

*„Ich warte auf den richtigen Zeitpunkt.“: Der ist jetzt.*

*„Ich warte noch, dass es Klick im Kopf macht.“: Das ist mit vielen Dingen im Leben so.*

*„Ich schaffe es einfach nicht.“ oder „Es ist zu schwer durchzuhalten.“: Das stimmt, aber dafür gibt es auch die medikamentöse Unterstützung.*

*Warten Sie nicht auf den perfekten Zeitpunkt, nutzen sie den jetzigen Zeitpunkt mit unserer Unterstützung den Tabakkonsum zu reduzieren oder einen Rauchstopp einzulegen. Sie haben nichts zu verlieren, wenn Sie jetzt sofort beginnen. Das Schlimmste was Ihnen passieren kann, ist dass Sie nach dem stationären Aufenthalt wieder Rauchen wie bisher.*

Erklären Sie den Vortrag für beendet und fragen Sie die Patienten, ob noch Fragen offen geblieben sind.

6. Nikotinersatztherapie

Ziel(e)	Die Patienten kennen die Möglichkeiten und den Stellenwert medikamentöser Behandlung
	Die Patienten besitzen Informationen für die eigene Entscheidung zur medikamentösen Begleittherapie
	Verstärkung der Motivation für eine Reduktion bzw. einen Stopp des Tabakkonsums der Patienten
Verhalten des Kursleiters	Informieren Sie sachlich über die medikamentöse Begleittherapie
	Ermutigen Sie die Patienten diese medikamentöse Begleittherapie in Anspruch zu nehmen
	Lassen Sie Fragen diesbezüglich zu
Materialien	Keine
Durchführung	Informieren Sie über die Möglichkeiten und den Stellenwert medikamentöser Behandlung
Dauer	3 Minuten

**Anleitung zur Durchführung**

Mit der anschließenden Aufklärung über die Möglichkeit der Verwendung von Nikotinpräparaten können Sie die Motivation für eine Reduktion bzw. einen Stopp des Tabakkonsums der Patienten verstärken, da Sie Ihnen die Angst vor Entzugssymptomen nehmen.

*Eine Form der Unterstützung, die ich eben angesprochen habe, ist die Nikotinersatztherapie.*

*Es gibt verschiedene Medikamente, die beim Reduzieren oder beim Aufhören mit dem Rauchen helfen können. Am besten untersucht, am bekanntesten und am sichersten sind Nikotinpräparate. Diese enthalten, wie der Name schon sagt, dass Nikotin, nicht aber die krankheitserregenden Gifstoffe des Zigarettenrauchs. Was ist nun die Idee hinter dieser medikamentösen Unterstützung? Für eine Übergangszeit bzw. solange Sie stationär im Haus sind, bekommen Sie von uns kostenlos Nikotinpräparate, wie zum Beispiel Pflaster, Kaugummis oder Lutschtabletten. Damit lassen sich die Entzugserscheinungen und das Verlangen auf ein Minimum reduzieren und Sie können sich erstmal mit der psychischen Abhängigkeit beschäftigen. Das heißt, Sie sollen erst einmal lernen rauch-*



*frei oder mit weniger Zigaretten durch den Tag zu kommen. Das ist manchmal gar nicht so leicht, besonders wenn man schon lange raucht. Aus diesem Grund bekommen Sie anfänglich von uns das Nikotin gegen die Entzugserscheinungen.*

*Vielleicht ist die Nutzung dieser Präparate am besten mit Gehkrücken zu vergleichen, die man nach einem Beinbruch in der ersten Zeit zum Gehen benutzen muss. Aber die Krücken nehmen Ihnen die Arbeit nicht ab, Sie müssen trainieren, das verletzte Bein wieder zu benutzen und zu belasten. Sie müssen also trotzdem Ihr persönliches rauchfreies Verhalten lernen.*

7. Registrierkarte

Ziel(e)	Die Patienten reflektieren ihr eigenes Rauchverhalten
	Die Patienten lernen ihr Rauchverhalten, d. h. Motive und Funktionen besser kennen
	Die Patienten unterbrechen den Automatismus beim Rauchen
Verhalten des Kursleiters	Stellen Sie die Verwendung der Registrierkarte klar und verständlich dar
	Stellen Sie die Wichtigkeit dieses Kurselements heraus
	Lassen Sie Fragen der Patienten zu und beantworten Sie die Fragen
Materialien	Registrierkarten
Durchführung	Einführung der Registrierkarten und Demonstration ihres Gebrauchs
	Auftrag an die Patienten, die registrieren wollen, alle gerauchten Zigaretten auf die Registrierkarte zu dokumentieren
Dauer	3 Minuten

***Anleitung zur Durchführung***

Erklären Sie den Patienten einleitend, dass jeder Raucher ein individuelles erlerntes, über die Jahre hinweg aufgebautes Rauchverhalten hat und, dass sie ihr Rauchverhalten nur dann effektiv verändern können, wenn sie dieses auch verstehen. Versuchen Sie zu verdeutlichen, dass es für den Erfolg wichtig ist, sich den bereits oft automatisierten Rauchvorgang bewusst zu machen und den Automatismus zu durchbrechen. Das Registrieren des Rauchverhaltens stellt dabei den ersten Schritt dar. Sagen Sie ihnen, dass Sie bis dahin ganz normal weiterrauchen dürfen. Anschließend erklären Sie ausführlich die Handhabung der Registrierkarte.

*Ich möchte Ihnen nun den Sinn und die Handhabung der Registrierkarten erklären.*

*Sie sind jetzt noch alle Raucher. Wenn Sie sich aber dazu entschließen, an Ihrem Rauchverhalten etwas verändern zu wollen, sollten Sie dieses gut kennen, wissen, wo Sie aktuell stehen. Wie ich bereits schon angesprochen habe, hat jeder von Ihnen seine eigenen Gründe, warum er raucht. Nicht alle Zigaretten tun gut oder sind notwendig, das bedeutet, dass viele Zigaretten automatisch angezündet oder wegen der Sucht geraucht*

*werden, gar nicht schmecken oder sinnlos sind. Nehmen Sie eine Registrierkarte zur Hand und zeigen Sie sie den Patienten. Um diesen bereits oft automatisierten Vorgang zu durchbrechen und damit Sie Ihr Rauchverhalten kennen lernen, registrieren Sie mittels dieser Registrierkarten ab heute mindestens drei Tage lang jede Zigarette, die Sie rauchen – Sie beobachten sich so zusagen selbst beim Rauchen.*

*Wie funktioniert nun diese Dokumentation?*

Die Registrierkarte wird mit der Zigarettenschachtel aufgehoben. Man faltet sie und steckt sie in die Zellophanhülle der Schachtel oder in die Tabakpackung, insofern man Selbstdreher ist.

Jede Zigarette, wird von nun an, bevor sie geraucht wird, durch einen Strich auf der Registrierkarte erfasst. Die Patienten benutzen jeden Tag eine neue Registrierkarte. Jede Zeile umfasst zwei Stunden des Tages, die Spalten erfassen die verschiedene Anlässe des Rauchens. Werden innerhalb von zwei Stunden mehrere Zigaretten geraucht, werden pro Zeile mehrere Striche gemacht. Es geht in erster Linie nicht um die Anzahl der gerauchten Zigaretten, sondern um die Motive/Funktionen der Zigaretten. Für jede Zigarette muss der Patient eine Entscheidung treffen, zu welchem Anlass er diese gerade raucht und dort einen Strich setzen, bevor er sich diese anzündet. Gehen Sie mit den Patienten die einzelnen Kästchen der Registrierkarte durch und besprechen Sie kurz deren Bedeutung: Stress, Anregung, Geselligkeit, Genuss, Langeweile, Sucht und Anderes. Auf der rechten Seite der Tabelle soll der Raucher zusätzlich noch entscheiden, ob die gerauchte Zigarette, die er gleich anzünden möchte, notwendig ist oder nicht. Nachdem der Raucher seine zwei Striche gemacht hat, zündet er die Zigarette an und raucht sie, auch wenn er angekreuzt hat, dass die Zigarette nicht notwendig ist.

Die Patienten sollen direkt nach der Kursstunde mit dem Registrieren beginnen. Dabei soll folgender Ablauf möglichst eingehalten werden:

- Gedanken an die Zigarette → Schachtel in die Hand nehmen*
- Feuerzeug herausholen → Zigarette aus der Schachtel entnehmen*
- registrieren/Registrierkarte ausfüllen → Zigarette in den Mund nehmen*
- Feuerzeug anmachen → Zigarette anzünden → Zigarette rauchen*

*All jene Patienten, welche sich bereits dazu entschlossen haben, während des stationären Aufenthaltes ihren Tabakkonsum reduzieren oder einen Rauschstopp durchführen zu wollen, sollen die Registrierkarten von nun an bis zum individuellen Beratungstermin täglich ausfüllen. Damit kann eine Übersicht über das individuelle Rauchmuster ge-*

wonnen werden. Als Vorbereitung auf den Einzeltermin sollen sie pro Tag die Spalten zusammenzählen und die am häufigsten aufgetretenen Anlässe markiert werden.

Die Patienten, die sich noch nicht für eine Reduktion oder einen Stopp des Tabakkonsums entschieden haben und erst einmal nur registrieren möchten, füllen die Registrierkarten von nun an bis zur nächsten Kursstunde aus und bringen sie in die nächste Kursstunde mit.

8. Verabschiedung

Ziel(e)	Die Patienten fühlen sich gut informiert
	Die Patienten denken über eine mögliche Reduktion oder Stopp des Tabakkonsums nach
Verhalten des Kursleiters	Ermutigen Sie die Patienten zu registrieren
	Verhalten Sie sich wertschätzend, aber auch optimistisch
Materialien	Keine
Durchführung	Danken Sie den Patienten für ihre Aufmerksamkeit und ihre Mitarbeit
	Weisen Sie nochmals auf die Möglichkeit der Vereinbarung eines Einzelberatungstermins nach der Kursstunde hin
	Ausblicke auf die Inhalte des nächsten Termins
	Verabschiedung
Dauer	5 Minuten

**Anleitung zur Durchführung**

*Wir wären jetzt am Ende unserer Kursstunde angekommen.*

Eruieren Sie, ob es noch Fragen oder Unklarheiten gibt und beantworten Sie diese gegebenenfalls.

*All jenen von Ihnen, die sich nun für unser Angebot entschlossen haben, werde ich gleich am Anschluss dieser Stunde die Registrierkarten aushändigen sowie, wenn gewünscht, einen zusätzlichen Einzelberatungstermin vereinbaren. Dieser Termin dient dazu, Sie hinsichtlich der gewünschten Reduktion bzw. des Rauchstopps zu beraten und zu unterstützen. Wir werden dann unter anderem besprechen, ob Sie Nikotinpräparate verwenden möchten und diese anordnen sowie hilfreiche Strategien für ein rauchfreies Leben geben. Des Weiteren werden wir mittels eines Messgeräts Ihren Kohlenmonoxid-Wert bestimmen. Dieser Wert gibt an, wie stark Sie den Zigarettenrauch inhalieren.*

*In der nächsten Kursstunde werden wir dann ebenfalls über Ihre Erfahrungen mit der Reduktion bzw. dem Stopp des Tabakkonsums sprechen, aber auch Argumente für das Rauchen und rauchfreies Leben sammeln.*

*Ich möchte mich für Ihre Aufmerksamkeit und Mitarbeit bedanken und wünsche Ihnen  
allen bis zur nächsten Stunde alles Gute!*

Vergessen Sie nicht die Stifte wieder einzusammeln.

9. Vereinbarung eines Einzelberatungstermins für Patienten, die eine Reduktion oder einen Rauchstopp des Tabakkonsums wünschen

Ziel(e)	Die Patienten kennen Sinn und Ziel des Einzelberatungstermins
	Die Einzelberatungstermine sind verbindlich regelt
Verhalten des Kursleiters	Machen Sie klare Vorgaben für Termine und Zeiten
Materialien	Liste für Kursleiter mit Termin des jeweiligen Patienten
Durchführung	Erläutern Sie Sinn und Ziel des Einzelberatungstermins
	Machen Sie eine verbindliche Terminvereinbarung
	Termin in die Liste des Kursleiters und auf der Registrierkarte des Patienten notieren
Dauer	10 Minuten

**Anleitung zur Durchführung**

Erklären Sie an dieser Stelle den Patienten, die registrieren möchten, wenn nötig, nochmals das Handling der Registrierkarten sowie Sinn und Ziel des Einzelberatungstermins: Alle jene Patienten, die ihren Tabakkonsum mit Hilfe von Nikotinpräparaten reduzieren oder einstellen möchten, werden noch zu einem Einzelberatungstermin gebeten, in dem das genaue Vorgehen besprochen wird.

Notieren Sie zunächst den Namen des Patienten auf der Liste. Vereinbaren Sie anschließend einen Tag, einen Ort und eine Uhrzeit und schreiben Sie dies ebenfalls auf ihre Liste sowie auf die Registrierkarte, die Sie dem Patienten dann aushändigen. Erklären Sie an dieser Stelle, dass der Patient die Registrierkarten zu dem vereinbarten Termin unbedingt mitbringen muss, da ansonsten keine Einzelberatung möglich ist.

## **Zweite Kursstunde – Argumente für das Rauchen und das rauchfreie Leben**

### **Einführung in die Kursstunde**

Um den Patienten die Teilnahme an der Gruppe zu jedem Zeitpunkt ermöglichen zu können, ist der Aufbau der ersten und der zweiten Kursstunde identisch. Der einzige Unterschied besteht nur bezüglich des Inhaltes des Informationsteils über das Rauchen. Aufgrund dessen gelten der folgende Ablauf und die Durchführungsweise ebenso für die zweite Kursstunde:

Für den Erfolg dieses Rauchfrei-Programms ist es wichtig, dass Sie zu Beginn jeder Kursstunde versuchen, eine positive Beziehung zu den Patienten aufzubauen. Da die Teilnahme an den beiden Informations- und Therapiegruppen für alle rauchenden Patienten im Rahmen des Therapiekonzeptes verpflichtend ist, sollten Sie berücksichtigen, dass die Teilnehmer anfänglich oft noch angespannt, unsicher, eventuell ambivalent oder skeptisch, aber auch neugierig und interessiert sind.

Teilen Sie, wenn möglich, bereits vor der Kursstunde allen neuen Teilnehmern einen Fragebogen zum Rauchverhalten (Fagerström-Test) sowie einen Stift aus und bitten Sie sie, diesen schon einmal auszufüllen. Falls ein Patient wissen möchte, wofür der Fragebogen ist, sagen Sie ihm, dass Sie dies während der Stunde erläutern.

Nachdem Sie die Patienten begrüßt haben, erklären Sie den Sinn und den Zweck (Einführung und dem Hinweis auf die gute Datenlage zur Reduktion bzw. zum Stopp des Tabakkonsums bei komorbider Suchterkrankung) sowie den Aufbau und den Inhalt dieser Kursstunde, damit die Teilnehmer eine Vorstellung davon bekommen, was sie erwartet. Damit schaffen Sie Transparenz und können somit eventuell erste Widerstände abbauen.

Anschließend erläutern Sie die Funktion des Fragebogens zum Rauchverhalten (Fagerström-Test). Insofern die Patienten vor Beginn der Kursstunde mit dem Ausfüllen nicht fertig geworden sind, sollen sie dies nun fortsetzen.

Mit all jenen Patienten, die bereits registriert oder eine Reduktion bzw. Stopp des Tabakkonsums begonnen haben, werden die Erfahrungen besprochen, die sie mit dem Ausfüllen der Registrierkarte gesammelt haben. Greifen Sie gegebenenfalls während der Sammlung der Argumente für das „Rauchen und rauchfrei leben“ auf diese geschilderten Erfahrungen und die typischen Rauchsituationen zurück.



Durch die darauf folgende kurze Vorstellungsrunde neuer Teilnehmer bekommen Sie ein erstes Bild bezüglich derer Raucherprofile und deren Rauchgeschichte.

Das gemeinsame Sammeln von Argumenten für das Rauchen und das rauchfreie Leben soll die Ambivalenz der Patienten verstärken. Dabei ist es wichtig, dass Sie sich hierfür genügend Zeit nehmen, damit sich jeder Patient in den Argumenten wieder findet und somit die Funktion des Rauchens versteht.

Mit der darauffolgenden Aufklärung über die Möglichkeit der Verwendung von Nikotinpräparaten können Sie die Motivation für eine Reduktion bzw. einen Stopp des Tabakkonsums der Patienten verstärken, da Sie Ihnen die Angst vor Entzugssymptomen nehmen. Machen Sie aber deutlich, dass die kostenfrei Vergabe der Nikotinpräparate nur während des stationären Aufenthaltes möglich ist.

Erläutern Sie zum Schluss der Kursstunde das Ausfüllen der Registrierkarte, so dass für alle Patienten, die registrieren möchten, deutlich wird, was sie genau tun müssen.

Verabschieden Sie sich anschließend von der Gruppe, in dem Sie sich für Ihre Aufmerksamkeit und Mitarbeit bedanken. Weisen Sie darauf hin, dass Sie mit all jenen Teilnehmern, die registrieren, um ihren Tabakkonsum reduzieren oder einen Rauchstopp durchführen zu können, am Anschluss dieser Stunde zusätzlich Einzeltermine für eine Beratung vereinbaren werden.

## Überblick über die zweite Kursstunde

Kurselemente	Materialien	Dauer
1. Begrüßung und Information zum Rauchfrei-Programm	Teilnehmende Patienten der Station	2 Min.
2. Erläuterung des Fragebogens zum Rauchverhalten (Fagerström-Test)	Fragebogen zum Rauchverhalten (Fagerström-Test) und Stifte	2 Min.
3. Auswertung der Registrierkarten und Erfahrungsaustausch bereits registrierender Patienten	Ausgefüllte Registrierkarten der Patienten	10 Min.
4. Vorstellungsrunde neuer Patienten	Fragebogen zum Rauchverhalten (Fagerström-Test)	10 Min.
5. Argumente für das „Rauchen und das rauchfreie leben“	Flipchart und Stifte	25 Min.
6. Nikotinersatztherapie	Keine	3 Min.
7. Registrierkarte	Registrierkarten	3 Min.
8. Verabschiedung	Keine	5 Min.
9. Vereinbarung eines Einzelberatungstermins für Patienten, die eine Reduktion oder einen Rauchstopp des Tabakkonsums wünschen	Terminliste für Kursleiter	10 Min.
	Registrierkarten	

1. Begrüßung und Information zum Rauchfrei-Programm

Ziel(e)	Die Patienten fühlen sich willkommen
	Die Patienten sind informiert über Sinn und Zweck sowie über den Aufbau und Inhalt der Kursstunde
Verhalten des Kursleiters	Werben Sie um die Sympathie der Patienten
	Signalisieren Sie ihnen Ihre Empathie
	Informieren Sie sachlich über die wissenschaftlichen Erkenntnisse
Materialien	Teilnehmende Patienten der Station
Durchführung	Begrüßung der Patienten und Vorstellung des Kursleiters
	Einführung und Hinweis auf die gute Datenlage zur Reduktion bzw. zum Stopp des Tabakkonsums bei komorbider Suchterkrankung
	Zeitliche und inhaltliche Vorstellung des Rauchfrei-Programms
	Kurze Erläuterung der medikamentösen Unterstützung
Dauer	2 Minuten

**Anleitung zur Durchführung**

*Ich möchte Sie ganz herzlich begrüßen/willkommen heißen ...*

*... Ich möchte mich zunächst einmal kurz vorstellen, mein Name ist ... und ich bin...*

*Sie werden sich vielleicht fragen, warum das Rauchfrei-Programm ein fester Therapiebaustein des Suchtprogramms auf der Station ist, und Sie somit an dieser Informationsgruppe teilnehmen müssen: Wissenschaftliche Studien haben festgestellt, dass wenn man die Sucht, wegen der Sie hier stationär sind, also Alkohol, Medikamente oder andere illegale Substanzen, und die Tabakabhängigkeit gleichzeitig behandelt, die Wahrscheinlichkeit steigt, dass Sie mit beiden länger abstinent bleiben. Und dafür wäre jetzt ein guter Zeitpunkt.*

*Dabei handelt es sich um ein Angebot auf dieser Station, d. h. es zwingt Sie niemand mit dem Rauchen aufzuhören, lediglich anhören müssen Sie es sich. Wie sieht das Angebot nun konkret aus: In der heutigen Stunde werde ich mit Ihnen Argumente für das Rauchen und für ein rauchfreies Leben sammeln sowie Sie über das Angebot der medikamentösen Unterstützung informieren.*

*Was bedeutet nun medikamentöse Unterstützung: Wenn Sie sich entschließen sollten, Ihren Tabakkonsum reduzieren oder einen Rauchstopp einlegen zu wollen, können wir Sie dabei mittels Nikotinpräparaten, wie Pflaster, Kaugummis oder Lutschpastillen, unterstützen. In dieser Form können wir Ihnen das Nikotin geben, da es nicht giftig ist und ein weiterer Vorteil wäre, dass Sie Ihrer Gesundheit noch einen Gefallen tun würden. Sie sehen, Sie können nur gewinnen. Denn das Schlimmste was Ihnen passieren könnte, ist, dass Sie nach dem Klinikaufenthalt wieder rauchen wie davor.*

2. Erläuterung des Fragebogens zum Rauchverhalten (Fagerström-Test)

Ziel(e)	Die Patienten wissen um die Funktion des Fragebogens zum Rauchverhalten (Fagerström-Test)
Verhalten des Kursleiters	Erläutern Sie den Patienten kurz und sachlich die Funktion des Fragebogens zum Rauchverhalten (Fagerström-Test)
	Lassen Sie, außer Verständnisfragen, keine weiteren Diskussionen zu
Materialien	Fragebogen zum Rauchverhalten (Fagerström-Test) und Stifte
Durchführung	Patienten füllen den Fragebogen aus
Dauer	2 Minuten

**Anleitung zur Durchführung**

*Ich möchte nun zu Beginn auf den Fragebogen eingehen, den Sie vor dem Kurs von mir erhalten haben. Es handelt sich dabei um einen wissenschaftlichen Fragebogen, mit dem Sie die Stärke Ihrer körperlichen Nikotinabhängigkeit erfassen können. Beantworten Sie hierzu die sechs Fragen und zählen die in den Klammern stehenden Punkte einfach zusammen. Wir werden später noch einmal darauf zurückkommen.*

Fragen Sie die Patienten, ob Sie mit dem Ausfüllen der Fragebögen schon fertig sind. Ist dies nicht der Fall, sollen sie dies nun fortsetzen.

3. Auswertung der Registrierkarten und Erfahrungsaustausch bereits registrierender Patienten

Ziel(e)	Die Patienten, die registriert oder eine Reduktion bzw. Stopp des Tabakkonsums begonnen haben, sprechen vor der Gruppe über ihre neuen Erfahrungen
	Die Patienten lernen die verschiedenen Funktionen des Rauchens kennen
	Die Patienten, die registriert haben, verstehen die Funktion des Rauchens bei sich besser
	Der Kursleiter erhält Informationen über das Rauchverhalten der Patienten, auf die er im Vortrag Bezug nehmen kann
Verhalten des Kursleiters	Fragen Sie nach den Erfahrungen seit der letzten Kursstunde
	Würdigen Sie das Ausfüllen der Registrierkarten
	Weisen Sie auf die Bedeutung der Aufgaben hin
	Loben Sie die Beiträge und gemachte Fortschritte
	Fungieren Sie als Moderator beim Erfahrungsaustausch
	Strukturieren Sie die Erfahrungen
	Fassen Sie die Aussagen der Patienten zusammen
	Weisen Sie auf die unterschiedlichen Erfahrungen hin, aber ziehen Sie auch Parallelen/Vergleiche zwischen den einzelnen Patienten
	Würdigen Sie die Fortschritte der Patienten hinsichtlich ihrer neu gewonnen Erkenntnisse zum Rauchverhalten und ihrer Rauchmotive
	Weisen Sie auf die Funktionslosigkeit vieler Zigaretten hin
Materialien	Ausgefüllte Registrierkarten der Patienten
Durchführung	Erfahrungsberichte der Patienten über das Ausfüllen der Registrierkarten
	Einführung: Welche neuen Erkenntnisse wurden mit den Registrierkarten gewonnen?
	Zusammenfassen der Ergebnisse
Dauer	10 Minuten

### ***Anleitung zur Durchführung***

Bitten Sie all jene Patienten, die bereits schon registriert haben, ihre Registrierkarten hervorzuholen und fragen Sie, wie es Ihnen damit ergangen ist.

*Wie viele Registrierkarten haben Sie ausgefüllt? Mich interessiert: Was sind die wichtigsten Anlässe, zu denen Sie rauchen? Rauchen Sie auf Station mehr als außerhalb der Klinik? Gibt es eine Tageszeit, zu der Sie besonders viel oder besonders wenig rauchen? Haben Sie ein oder mehrere Rauchrituale bei sich entdecken können?*

Alle Patienten, die bereits registriert oder eine Reduktion bzw. Stopp des Tabakkonsums begonnen haben, werden ermutigt, etwas über ihre Erfahrungen zu erzählen. Wenn die Reaktion dieser zurückhaltend ist oder nur wenig unterschiedliche Erfahrungen genannt werden, sind folgende Fragen hilfreich, um den Erfahrungsaustausch anzuregen:

- *Wie erging es Ihnen mit dem Registrieren?*
- *Was war schwierig beim Registrieren?*
- *Gab es Auswirkungen auf das Rauchen?*
- *Haben Sie etwas Neues über sich erfahren?*
- *Waren alle Zigaretten, die Sie geraucht haben, notwendig? Wie ist die Verteilung Ihrer Striche in den letzten beiden Spalten?*
- *Wie ist es Ihnen ergangen, wenn Sie sich entschieden hatten, dass eine Zigarette nicht notwendig war?*

Bedanken Sie sich für jeden Beitrag der Patienten und loben Sie die gemachten Fortschritte deutlich. Kommentieren Sie etwa ab dem dritten Beitrag die Aussagen und weisen zum einen auf Gemeinsamkeiten und typische Muster hin, aber auch zum anderen auf die Unterschiede. Stellen Sie sich als Experte dar. Haben Patienten festgestellt, dass sie weniger geraucht haben, können Sie dies folgendermaßen kommentieren:

*Vielen Rauchern wird durch das Registrieren bewusst, dass sie einige Zigaretten gar nicht wirklich rauchen wollen. Deshalb rauchen Sie momentan weniger. Das hält aber meist nur kurz an.*

Fragen, an Patienten, die bereits reduziert oder mit dem Rauchen aufgehört haben:

- *Wie geht es Ihnen mit der Reduktion bzw. dem Rauchstopp?*
- *Welche Dinge/Strategien sind Ihnen dabei hilfreich?*
- *Was merken Sie körperlich?*

- *Wie kommen Sie mit der Nikotinersatztherapie zurecht?*

Fassen Sie die Ergebnisse folgendermaßen zusammen:

*Es ist interessant zu sehen, dass doch jeder Raucher seine eigenen Gründe hat, warum er raucht. Nicht alle Zigaretten tun gut oder sind notwendig, das bedeutet, dass viele Zigaretten automatisch angezündet oder wegen der Sucht geraucht werden, gar nicht schmecken oder sinnlos sind. Dennoch ist der Wunsch vieler Raucher, nur die wenigen wichtigen Zigaretten zu rauchen und auf die anderen verzichten zu können. Warum dies aber meistens nicht geht, das hat mit der Funktion des Rauchen zu tun und damit werden wir uns nochmals beim Sammeln der Argumente für das Rauchen und das rauchfreie Leben beschäftigen.*



4. Vorstellungsrunde neuer Patienten

Ziel(e)	Die neuen Patienten reflektieren das eigene Raucherverhalten
	Die neuen Patienten machen die Erfahrung, dass ihre Äußerungen wertgeschätzt werden
	Der Kursleiter erhält Information über das Raucherprofil und die Rauchgeschichte der neuen Teilnehmer
Verhalten des Kursleiters	Erläutern Sie den Patienten den Sinn der Vorstellungsrunde
	Ermuntern Sie jeden neuen Patient sich vorzustellen
	Lassen Sie, außer Verständnisfragen, keine weiteren Fragen und keine Diskussion zu
Materialien	Fragebogen zum Rauchverhalten (Fagerström-Test)
Durchführung	Fragen Sie die Patienten, wer mit der Vorstellungsrunde beginnen möchte
	Versuchen Sie alle neuen Patienten zu ermutigen, sich kurz vorzustellen
Dauer	10 Minuten

**Anleitung zur Durchführung**

*Ich möchte nun mit allen neuen Patienten kurz über Ihr Rauchverhalten sprechen. Bitte, nehmen Sie hierfür Ihren Fragebogen zum Rauchverhalten (Fagerström-Test) zur Hand, nennen Sie mir Ihren Punktwert und ob das Ergebnis Ihrer Meinung nach stimmt.*

Stellen Sie anschließend jedem neuen Patienten die folgenden Fragen. Berücksichtigen Sie hierbei die Redezeit der einzelnen Teilnehmer und begrenzen Sie diese gegebenenfalls. Insofern ein Patient angibt, schon einmal oder mehrmals mit dem Rauchen aufgehört zu haben, loben Sie dieses Verhalten.

- *Wie lange rauchen Sie schon (in Jahren)?*
- *Haben Sie schon einmal aufgehört?*
  - *Wenn ja, wie haben Sie das geschafft?*
  - *Wie lange waren Sie abstinent?*
  - *Wann haben Sie wieder angefangen (in Jahren)?*
  - *Warum haben Sie wieder angefangen?*

- *In welchem Alter haben Sie mit dem Rauchen begonnen?*

Bedanken Sie sich für jeden Beitrag der Patienten.

5. Argumente für das Rauchen und das rauchfreie Leben

Ziel(e)	Die Ambivalenz der Patienten verstärken
	Die Patienten sollen die Vorteile des Rauchens und ihre damit einhergehenden positiven Gefühle verbalisieren, akzeptieren und wertschätzen lernen
	Die Patienten sollen die Funktion des Rauchens verstehen
	Die Patienten sollen ihre persönlichen, emotional bedeutsamen Vorteile des rauchfreien Lebens erkennen und als starke Motivationsquellen und erstrebenswerte Ziele annehmen
Verhalten des Kursleiters	Beziehen Sie alle Teilnehmer ein
	Würdigen Sie alle Beiträge und notieren Sie diese auf dem Flipchart
	Stellen Sie einen Bezug zum Gesamten her
Materialien	Flipchart und Stifte
Durchführung	Einführung in die Aufgabe: Warum wird die Aufgabe vorgegeben?
	Erklärung der Aufgabe: Was sollen die Patienten tun?
	Aufforderung der Gruppe, selbstständig entsprechende Argumente zu sammeln
	Erfassung der genannten Argumente auf einem bzw. zwei nebeneinander stehenden Flipcharts
	Angebot eigener Argumente, falls von der Gruppe zu wenig Beiträge kommen
Dauer	25 Minuten

**Anleitung zur Durchführung**

*Sie werden überrascht sein, das wir uns heute zunächst mit den positiven Seiten des Rauchens beschäftigen. Wie wir schon in der Vorstellungsrunde von einigen Teilnehmern gehört haben, gibt es persönliche Gründe, warum man gerne raucht, aber warum man auch gerne aufhören möchte. Ich denke, dieses Hin- und Hergerissensein kennt jeder von Ihnen. Oder wie es Goethe ausdrücken würde: „Zwei Seelen wohnen ach in meiner Brust.“ Und genau diese beiden wollen wir uns nun näher anschauen.*

Machen Sie auf einem Blatt Ihres Flipcharts zwei Spalten (oder nutzen Sie alternativ zwei Flipcharts). Über die linke Spalte schreiben Sie „Pro Rauchen“, über die rechte Spalte „Pro Rauchfrei“. Anschließend bitten Sie die Patienten zunächst, Argumente für das Rauchen zu nennen.

Wertschätzen Sie alle Antworten, indem Sie nicht widersprechen und die Argumente möglichst wörtlich auf die Flipchart-Liste aufnehmen. Achten Sie auf möglichst konkrete Umschreibungen der Argumente und Ich-Formulierungen. Machen Sie gegebenenfalls Umformulierungsvorschläge. Ein Beispiel für eine Umformulierung wäre: Ein Patient sagt: „Zigaretten sind gut gegen Stress.“ Konkretisierung: „Mit Zigaretten kann man sich gut ablenken.“ Ich-Formulierung: „Ich kann mich mit einer Zigarette gut ablenken.“

Bedanken Sie sich für die genannten Argumente und fragen Sie nach, ob es noch weitere Vorschläge gibt. Lassen Sie die Patienten etwas nachdenken.

Wenn wichtige Argumente fehlen, geben Sie diese vor: *Es gibt Raucher, die sagen, Rauchen beinhaltet ein Stück Rebellion. Ich zeige mit dem Rauchen, dass ich mich nicht dem allgemeinen gesellschaftlichen Druck anpasse. Rauchen ist ein Stück meiner Individualität, ein Stück Freiheit. Wie ist das bei Ihnen? Kennen Sie diese Gedanken oder sind Sie Ihnen völlig fremd?*

Wenn keine weiteren „Pro-Rauchen“-Argumente mehr genannt werden, können Sie die Patienten auf die „Pro-Rauchfrei“-Spalte hinweisen:

*Auf der anderen Seite gibt es noch die Spalte, in der wir die Vorteile des rauchfreien Lebens sammeln wollen. Welche Gründe fallen Ihnen ein? Warum wollen Sie mit dem Rauchen aufhören?*

Am Ende der Übung bedanken Sie sich für kreative Mitarbeit und kommentieren abschließend: *Es ist schon erstaunlich, wie viele Argumente Sie gefunden haben, insbesondere für das Rauchen. Andererseits ist es auch wieder gar nicht so erstaunlich, schließlich rauchen Sie seit vielen Jahren – und dafür gibt es offensichtlich viele gute Gründe.*

6. Nikotinersatztherapie

Ziel(e)	Die Patienten kennen die Möglichkeiten und den Stellenwert medikamentöser Behandlung
	Die Patienten besitzen Informationen für die eigene Entscheidung zur medikamentösen Begleittherapie
	Verstärkung der Motivation für eine Reduktion bzw. einen Stopp des Tabakkonsums der Patienten
Verhalten des Kursleiters	Informieren Sie sachlich über die medikamentöse Begleittherapie
	Ermutigen Sie die Patienten diese medikamentöse Begleittherapie in Anspruch zu nehmen
	Lassen Sie Fragen diesbezüglich zu
Materialien	Keine
Durchführung	Informieren Sie über die Möglichkeiten und den Stellenwert medikamentöser Behandlung
Dauer	3 Minuten

**Anleitung zur Durchführung**

Mit der anschließenden Aufklärung über die Möglichkeit der Verwendung von Nikotinpräparaten können Sie die Motivation für eine Reduktion bzw. einen Stopp des Tabakkonsums der Patienten verstärken, da Sie Ihnen die Angst vor Entzugssymptomen nehmen.

*Eine Form der Unterstützung, die ich eben angesprochen habe, ist die Nikotinersatztherapie.*

*Es gibt verschiedene Medikamente, die beim Reduzieren oder beim Aufhören mit dem Rauchen helfen können. Am besten untersucht, am bekanntesten und am sichersten sind Nikotinpräparate. Diese enthalten, wie der Name schon sagt, dass Nikotin, nicht aber die krankheitserregenden Gifstoffe des Zigarettenrauchs. Was ist nun die Idee hinter dieser medikamentösen Unterstützung? Für eine Übergangszeit bzw. solange Sie stationär im Haus sind, bekommen Sie von uns kostenlos Nikotinpräparate, wie zum Beispiel Pflaster, Kaugummis oder Lutschtabletten. Damit lassen sich die Entzugserscheinungen und das Verlangen auf ein Minimum reduzieren und Sie können sich erstmal mit der psychischen Abhängigkeit beschäftigen. Das heißt, Sie sollen erst einmal lernen rauch-*

*frei oder weniger Zigaretten durch den Tag zu kommen. Das ist manchmal gar nicht so leicht, besonders wenn man schon lange raucht. Aus diesem Grund bekommen Sie anfänglich von uns das Nikotin gegen die Entzugserscheinungen.*

*Vielleicht ist die Nutzung dieser Präparate am besten mit Gehkrücken zu vergleichen, die man nach einem Beinbruch in der ersten Zeit zum Gehen benutzen muss. Aber die Krücken nehmen Ihnen die Arbeit nicht ab, Sie müssen trainieren, das verletzte Bein wieder zu benutzen und zu belasten. Sie müssen also trotzdem Ihr persönliches rauchfreies Verhalten lernen.*

7. Registrierkarte

Ziel(e)	Die Patienten reflektieren ihr eigenes Rauchverhalten
	Die Patienten lernen ihr Rauchverhalten, d. h. Motive und Funktionen besser kennen
	Die Patienten unterbrechen den Automatismus beim Rauchen
Verhalten des Kursleiters	Stellen Sie die Verwendung der Registrierkarte klar und verständlich dar
	Stellen Sie die Wichtigkeit dieses Kurselements heraus
Materialien	Registrierkarten
Durchführung	Einführung der Registrierkarten und Demonstration ihres Gebrauchs
	Auftrag an die Patienten, die registrieren wollen, alle gerauchten Zigaretten auf die Registrierkarte zu dokumentieren
Dauer	3 Minuten

***Anleitung zur Durchführung***

Erklären Sie den Patienten einleitend, dass jeder Raucher ein individuelles erlerntes, über die Jahre hinweg aufgebautes Rauchverhalten hat und, dass sie ihr Rauchverhalten nur dann effektiv verändern können, wenn sie dieses auch verstehen. Versuchen Sie zu verdeutlichen, dass es für den Erfolg wichtig ist, sich den bereits oft automatisierten Rauchvorgang bewusst zu machen und den Automatismus zu durchbrechen. Das Registrieren des Rauchverhaltens stellt dabei den ersten Schritt dar. Sagen Sie ihnen, dass Sie bis dahin ganz normal weiterrauchen dürfen. Anschließend erklären Sie ausführlich die Handhabung der Registrierkarte.

*Ich möchte Ihnen nun den Sinn und die Handhabung der Registrierkarten erklären.*

*Sie sind jetzt noch alle Raucher. Wenn Sie sich aber dazu entschließen, an Ihrem Rauchverhalten etwas verändern zu wollen, sollten Sie dieses gut kennen, wissen, wo Sie aktuell stehen. Wie ich bereits schon angesprochen habe, hat jeder von Ihnen seine eigenen Gründe, warum er raucht. Nicht alle Zigaretten tun gut oder sind notwendig, das bedeutet, dass viele Zigaretten automatisch angezündet oder wegen der Sucht geraucht werden, gar nicht schmecken oder sinnlos sind. Nehmen Sie eine Registrierkarte zur Hand und zeigen Sie sie den Patienten. Um diesen bereits oft automatisierten Vorgang*

*zu durchbrechen und damit Sie Ihr Rauchverhalten kennen lernen, registrieren Sie mittels dieser Registrierkarte ab heute mindestens drei Tage lang jede Zigarette, die Sie rauchen – Sie beobachten sich so zusagen selbst beim Rauchen.*

*Wie funktioniert nun diese Dokumentation?*

Die Registrierkarte wird mit der Zigarettenschachtel aufgehoben. Man faltet sie und steckt sie in die Zellophanhülle der Schachtel oder in die Tabakpackung, insofern man Selbstdreher ist.

Jede Zigarette, wird von nun an, bevor sie geraucht wird, durch einen Strich auf der Registrierkarte erfasst. Die Patienten benutzen jeden Tag eine neue Registrierkarte. Jede Zeile umfasst zwei Stunden des Tages, die Spalten erfassen die verschiedene Anlässe des Rauchens. Werden innerhalb von zwei Stunden mehrere Zigaretten geraucht, werden pro Zeile mehrere Striche gemacht. Es geht in erster Linie nicht um die Anzahl der gerauchten Zigaretten, sondern um die Motive/Funktionen der Zigaretten. Für jede Zigarette muss der Patient eine Entscheidung treffen, zu welchem Anlass er diese gerade raucht und dort einen Strich setzen, bevor er sich diese anzündet. Gehen Sie mit den Patienten die einzelnen Kästchen der Registrierkarte durch und besprechen Sie kurz deren Bedeutung: Stress, Anregung, Geselligkeit, Genuss, Langeweile, Sucht und Anderes. Auf der rechten Seite der Tabelle soll der Raucher zusätzlich noch entscheiden, ob die gerauchte Zigarette, die er gleich anzünden möchte, notwendig ist oder nicht. Nachdem der Raucher seine zwei Striche gemacht hat, zündet er die Zigarette an und raucht sie, auch wenn er angekreuzt hat, dass die Zigarette nicht notwendig ist.

Die Patienten sollen direkt nach der Kursstunde mit dem Registrieren beginnen. Dabei soll folgender Ablauf möglichst eingehalten werden:

*Gedanken an die Zigarette → Schachtel in die Hand nehmen  
→ Feuerzeug herausholen → Zigarette aus der Schachtel entnehmen  
→ registrieren/Registrierkarte ausfüllen → Zigarette in den Mund nehmen  
→ Feuerzeug anmachen → Zigarette anzünden → Zigarette rauchen*

*All jene Patienten, welche sich bereits dazu entschlossen haben, während des stationären Aufenthaltes ihren Tabakkonsum reduzieren oder einen Rauschstopp durchführen zu wollen, sollen die Registrierkarten von nun an bis zum individuellen Beratungstermin täglich ausfüllen. Damit kann eine Übersicht über das individuelle Rauchmuster gewonnen werden. Als Vorbereitung auf den Einzeltermin sollen sie pro Tag die Spalten zusammenzählen und die am häufigsten aufgetretenen Anlässe markiert werden.*



*Die Patienten, die sich noch nicht für eine Reduktion oder einen Stopp des Tabakkonsums entschieden haben und erst einmal nur registrieren möchten, füllen die Registrierkarten von nun an bis zur nächsten Kursstunde aus und bringen sie in die nächste Kursstunde mit.*

8. Verabschiedung

Ziel(e)	Die Patienten fühlen sich gut informiert
	Die Patienten denken über eine mögliche Reduktion oder Stopp des Tabakkonsums nach
Verhalten des Kursleiters	Ermutigen Sie die Patienten zu registrieren
	Verhalten Sie sich wertschätzend, aber auch optimistisch
Materialien	Fragebogen zur Bewertung der Kursstunde und Stifte
Durchführung	Danken Sie den Patienten für ihre Aufmerksamkeit und ihre Mitarbeit
	Weisen Sie nochmals auf die Möglichkeit der Vereinbarung eines Einzelberatungstermins nach der Kursstunde hin
	Ausblicke auf die Inhalte des nächsten Termins
	Verabschiedung
Dauer	5 Minuten

**Anleitung zur Durchführung**

*Wir wären jetzt am Ende unserer Kursstunde angekommen.*

Eruieren Sie, ob es noch Fragen oder Unklarheiten gibt und beantworten Sie diese gegebenenfalls.

*All jenen von Ihnen, die sich nun für unser Angebot entschlossen haben, werde ich gleich am Anschluss dieser Stunde die Registrierkarten aushändigen sowie, wenn gewünscht, einen zusätzlichen Einzelberatungstermin vereinbaren. Dieser Termin dient dazu, Sie hinsichtlich der gewünschten Reduktion bzw. des Rauchstopps zu beraten und zu unterstützen. Wir werden dann unter anderem besprechen, ob Sie Nikotinpräparate verwenden möchten und diese anordnen sowie hilfreiche Strategien für ein rauchfreies Leben geben. Des Weiteren werden wir mittels eines Messgeräts Ihren Kohlenmonoxid-Wert bestimmen. Dieser Wert gibt an, wie stark Sie den Zigarettenrauch inhalieren.*

*In der nächsten Kursstunde werden wir dann ebenfalls über Ihre Erfahrungen mit der Reduktion bzw. dem Stopp des Tabakkonsums sprechen, aber auch Argumente für das Rauchen und rauchfreies Leben sammeln.*

*Ich möchte mich für Ihre Aufmerksamkeit und Mitarbeit bedanken und wünsche Ihnen  
allen bis zur nächsten Stunde alles Gute!*

Vergessen Sie nicht die Stifte wieder einzusammeln.

9. Vereinbarung eines Einzelberatungstermins für Patienten, die eine Reduktion oder einen Rauchstopp des Tabakkonsums wünschen

Ziel(e)	Die Patienten kennen Sinn und Ziel des Einzelberatungstermins
	Die Einzelberatungstermine sind verbindlich regelt
Verhalten des Kursleiters	Machen Sie klare Vorgaben für Termine und Zeiten
Materialien	Liste für Kursleiter mit Termin des jeweiligen Patienten
Durchführung	Erläutern Sie Sinn und Ziel des Einzelberatungstermins
	Machen Sie eine verbindliche Terminvereinbarung
	Termin in die Liste des Kursleiters und auf der Registrierkarte des Patienten notieren
Dauer	10 Minuten

**Anleitung zur Durchführung**

Erklären Sie an dieser Stelle den Patienten, die registrieren möchten, wenn nötig, nochmals das Handling der Registrierkarten sowie Sinn und Ziel des Einzelberatungstermins: Alle jene Patienten, die ihren Tabakkonsum mit Hilfe von Nikotinpräparaten reduzieren oder einstellen möchten, werden noch zu einem Einzelberatungstermin gebeten, in dem das genaue Vorgehen besprochen wird.

Notieren Sie zunächst den Namen des Patienten auf der Liste. Vereinbaren Sie anschließend einen Tag, einen Ort und eine Uhrzeit und schreiben Sie dies ebenfalls auf ihre Liste sowie auf die Registrierkarte, die Sie dem Patienten dann aushändigen. Erklären Sie an dieser Stelle, dass der Patient die Registrierkarte zu dem vereinbarten Termin unbedingt mitbringen muss, da ansonsten keine Einzelberatung möglich ist.

## **Individuelle Einzelberatung**

### **Einführung in die Einzelberatung**

In dem Einzelberatungstermin geht es um die nochmalige Verstärkung der Motivation sowie um die Vorbereitung und die Stabilisierung der Reduktion bzw. der Abstinenz des Tabakkonsums.

Ebenso wie bei den Kursstunden ist es für die individuelle Einzelberatung wichtig, eine positive Beziehung zu dem Patienten aufzubauen und sein Vertrauen zu gewinnen. Auch zu diesem Zeitpunkt können noch Unsicherheiten bestehen. Präsentieren Sie sich von Anfang an als Experte und seien Sie interessiert und wertschätzend. Jeder Patient möchte in seiner Individualität gesehen werden. Loben und verstärken Sie jeden Schritt in Richtung Reduktion bzw. Abstinenz des Tabakkonsums.

Richten Sie sich alle benötigten Materialien vor der Einzelberatung her (siehe Materialien). Denken Sie daran, dass Sie den Fragebogen zum Rauchverhalten (Fagerström-Test) des jeweiligen Patienten mitnehmen. Den damit errechneten körperlichen Abhängigkeitsgrad benötigen Sie, wenn der Patient eine Nikotinersatztherapie wünscht. Fällt dieser sehr niedrig ( $\leq 5$ ) oder sehr hoch ( $\geq 8$ ) aus, muss dies bei der Berechnung der zu substituierenden Nikotinmenge berücksichtigt werden.

Informieren Sie sich vorab, über mögliche Risiken, Nebenwirkungen und Kontraindikationen (Beipackzettel der Nicorette-Präparate).

Die genaue Vorgehensweise ist in den folgenden Leitfaden beschrieben.

Ziel(e)	Nochmalige Verstärkung der Ambivalenz bzw. der Motivation für ein rauchfreies Leben
	Vorbereitung und die Stabilisierung der Reduktion bzw. der Abstinenz
Verhalten des Kursleiters	Seien Sie interessiert, wertschätzend und lobend
	Präsentieren Sie sich als Experte
	Alle weiteren, wesentlichen Aspekte werden im Gesprächsleitfaden (Anleitung zur Durchführung) dargestellt
	Lassen Sie Fragen der Patienten zu und beantworten Sie die Fragen
Materialien	Liste für Kursleiter mit den Terminen
	Fragebogen zum Rauchverhalten (Fagerström-Test) des jeweiligen Patienten
	Arbeitsblätter: Dokumentationsbogen, Handout, Therapievor-schlag
	CO-Messgerät und Mundstücke
Durchführung	Seien Sie pünktlich zum verabredeten Termin anwesend
	Führen Sie das Gespräch anhand des Gesprächsleitfadens
	Beantworten Sie alle Fragen des Patienten
	Achte Sie dabei auf die Zeit
Dauer	15-20 Minuten

### ***Anleitung zur Durchführung***

#### **1. Begrüßung und Einleitung**

Begrüßen Sie den Patienten mit seinem Namen und drücken Sie Ihre Freude über sein Kommen aus. Nachdem Sie Platz genommen haben, erläutern Sie kurz den Inhalt dieses Einzelgesprächs.

*Grüße Sie/Hallo Herr/Frau ...*

*...Es freut mich sehr, dass ich Sie heute gekommen sind.*

*...Bitte nehmen Sie Platz.*

*Es geht ja heute darum, dass wir gemeinsam besprechen, in welcher Form Sie Ihrem Tabakkonsum verändern möchten, also, ob Sie erst einmal reduzieren oder einen Rauchstopp einlegen möchten und über die Möglichkeiten einer Nikotinersatztherapie. Dazu werde ich mit Ihnen noch mal kurz auf Ihre Rauchgeschichte und Ihr Rauchverhalten eingehen. Anschließend werde ich Ihnen Tipps geben, die Ihnen bei der Reduktion/Rauchstopp helfen sollen sowie über das Thema Vorfall und Rückfall sprechen. Falls Sie abschließend noch Fragen haben sollten, werde ich gerne auf diese eingehen und versuchen diese zu beantworten.*

## 2. Dokumentationsbogen, Registrierkarten und CO-Messung

Nehmen Sie den Dokumentationsbogen zur Hand und füllen Sie diesen in Zusammenarbeit mit dem Patienten und in der vorgegebenen Reihenfolge aus. Alle weiteren Materialien (Handout, Therapievorschl  g) legen Sie in Reichweite.

Bitten Sie den Patienten seine Registrierkarten zur Hand zu nehmen. Idealerweise sollte er bereits die Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten zusammengezählt haben. Ist dies nicht der Fall, müssen Sie dies in der Stunde machen. Diese Werte benötigen Sie, wenn der Patient eine Nikotinersatztherapie wünscht. Die durchschnittliche Anzahl der konsumierten Zigaretten stellt den Ausgangswert für die Berechnung der zu substituierenden Nikotinmenge dar. Die Angabe, die das CO-Messgerät ermittelt, dient zur Ermittlung der Stärke der Inhalation des Zigarettenrauches.

### 1. Anamnестische Fragen:

Rauchbeginn mit \_\_\_\_ Jahren: *Mit wie viel Jahren haben Sie das Rauchen begonnen?*

Rauchdauer seit \_\_\_\_ Jahren *Seit wie vielen Jahren rauchen Sie dann schon insgesamt?*

Abstinenzphasen: *Gab es Phasen, in den Sie nicht geraucht haben?  
Und wenn ja, wie viele und für wie lange?*

CO-Wert/ Anzahl der Zigaretten:	Smokerlyzer (Bedfont Scientific Ltd.) den CO-Wert des Patienten und tragen diesen und die angegebene Anzahl der gerauchten Zigaretten ein. Erklären Sie dem Patienten, dass Sie damit die Stärke der Inhalation messen können.
Durchschnittliche Anzahl der Zigaretten/Rauchware pro Tag:	Anhand der Registrierkarten des Patienten zu ermitteln.
Marke (leicht/mittel/stark):	<i>Welche Zigarettenmarke rauchen Sie?</i>
Vorerfahrungen mit Pharmaka für den Rauchstopp:	<i>Haben Sie bereits Erfahrungen mit Nikotinersatzpräparaten?</i>
Medikamenteneinnahme:	<i>Nehmen Sie aktuell Medikamente ein? (Vergleichen Sie auch die Krankenakte des Patienten.)</i>

## 2. Zielvereinbarung:

*Es geht nun darum, dass wir gemeinsam besprechen, wie Sie ihr Rauchverhalten verändern wollen, sprich, ob Sie erstmal einmal Reduzieren oder gleich einen Rauchstopp einlegen möchten.* Lassen Sie sich von dem Patienten, seine Vorstellung schildern.

Wenn der Patient eine Reduktion wünscht, fragen Sie genau nach, um wie viele Zigaretten er reduzieren und an welchem Tag er beginnen möchte. Beim Rauchstopp ist es wichtig den genauen Stopptag festzulegen.

## 3. Ausarbeitung des Therapievorschlags:

### a. **Kombinationstherapie:**

- Vorherige fehlgeschlagen Aufhörversuche: *Haben Sie in der Vergangenheit schon ein oder mehrere Male versucht mit dem Rauchen aufzuhören?*



- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• FTND &gt; 5</li> </ul>                                     | Anhand des Fagerström-Tests des Patienten zu ermitteln.                                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stärkste Craving – Erlebnisse (Suchtverlangen):</li> </ul> | <i>Kenne Sie stärksten Verlangen nach einer Zigarette, wenn Sie mal nicht rauchen können?</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• NET vom Patienten gewünscht?</li> </ul>                    | <i>Wünschen Sie ein NET?</i>  |

### → Kombinationstherapie

Insofern der Patient eine NET wünscht, sollten Sie diesem Wunsch nachkommen, unabhängig von Aufhörversuchen, FTND und Craving. Möchte hingegen der Patient keine NET, sollten Sie ihn dennoch hierzu beraten, wenn in der Vorgeschichte fehlgeschlagene Aufhörversuche und/oder stärkste Craving-Erlebnisse gab und/oder der FTND größer als 5 ist.

Kontraindikation: Informieren Sie sich vorab, über mögliche Risiken und Nebenwirkungen.

**b. Auswahl des Präparates:**

- Nächtliches Rauchen: *Stehen Sie nachts auf, um zu rauchen?*
- Zahnersatz: *Tragen Sie eine Zahnprothese?*
- Pflasterallergie: *Haben Sie eine Pflasterallergie oder Unverträglichkeit?*

**c. Nikotinersatzmenge (überschlagen):**

Tragen Sie hier nochmals ein, wie viele Zigaretten der Patient ab jetzt weniger rauchen möchte. Multiplizieren Sie diesen Wert mal 1,5 und tragen Sie am Ende der Zeile den errechneten Wert ein. Sollte die Anzahl der Zigaretten ungerade sein, runden Sie auf (Beispiel: 17 Zigaretten x 1,5 = 26mg Nikotin). Liegt der Fagerström-Wert  $\leq 2$  oder  $\geq 8$ , müssen von der bisher errechneten Nikotinmenge nochmals 20 % subtrahiert (Beispiel: 26mg Nikotin - 20 % (5,2mg) = 20,8mg →

21mg) oder zu der bisher errechneten Nikotinmenge nochmals 20 % addiert werden (Beispiel: 26mg Nikotin + 20 % (5,2mg) = 31,2mg → 31mg).

**d. Therapievorschlag:**

Sie haben in der Therapie die Auswahl zwischen Pflaster, Kaugummi und Sublingual-Tablette. Sie dürfen die Nikotinersatzpräparate miteinander kombinieren. Allerdings darf nicht mehr als ein Pflaster pro Tag verwendet werden. Wichtig ist außerdem, dass sie den zu substituierenden, errechneten Nikotinwert nicht unterschreiten. Bei einer bekannten Pflasterallergie dürfen Sie keine Pflaster anbieten, bei einer Zahnprothese sollten Kaugummis vermieden werden. Erarbeiten Sie mit dem Patienten, die für ihn passende NET.

**4. Vorbesprechung Reduktion/Rauchstopp:**

**a. Reduktion**

- Ziel genau festlegen: *Sie haben sich entschlossen ihren Tabakkonsum auf \_\_\_\_\_ Zigaretten zu Reduzieren.*
- Registrieren wiederholen: *Dabei ist es wichtig, dass Sie weiterhin die Zigaretten, die sie noch rauchen, weiterhin registrieren. Händigen Sie dem Patienten nochmals Registrierkarten aus.*
- Differenzieren in „leicht“ und „schwer wegzulassen“: Nehmen Sie die Registrierkarten des Patienten zu Hand. Erklären Sie ihm, dass er in erste Linie versuchen soll, die als nicht notwendig angekreuzten Zigaretten weg zu lassen.
- Alternativen: Nehmen Sie an dieser Stelle das Handout für den Patienten zur Hand und besprechen mit ihm die Alternativen. Erklären Sie dem Patienten, dass für die Zeiten des Tages, in denen er nun nicht mehr raucht, Alternativen für das Rauchen entwickeln soll. Hierbei sollten wie beim Rauchen der Ziga-

rette Hand, Mund, Kopf und Körper eine Aufgabe haben. Die entwickelten Alternativen mildern eventuell aufkommendes Suchverlangen (Craving). Aufkommende Langweile birgt ein hohes Rückfallpotential.

- Cave: Suchtverlagerung: Machen Sie den Patienten auf schädigendes Suchtverlagerung aufmerksam, wie z. B. vermehrter Kaffee,- Schokoladekonsum, größer Essensmengen, etc.
- Lob, Verstärkung: Bestärken Sie an dieser Stelle nochmals das Vorhaben des Patienten.

#### **b. Rauchstopp**

- Ziel genau festlegen (letzte Zigarette): *Sie haben sich entschlossen, am \_\_\_\_\_ (Tag) einen Rauchstopp zu beginnen. Das bedeutet, Sie rauchen Ihre letzte Zigarette am \_\_\_\_\_ (vom Patienten anzugeben).*
- Ansprechen bei Bezugspersonen/ Mitpatienten: *In diesem Zusammenhang wäre es auch wichtig, dass Sie Ihrem sozialen Umfeld mitteilen, dass Sie mit dem Rauchen aufgehört haben und bitten Sie um Unterstützung bei Ihrem Vorhaben.*
- Rauchfreie Umwelt: *Sie sollten ebenfalls alle Dinge in Ihrer Wohnung wegräumen, die Sie an das Rauchen erinnern, wie zum Beispiel Aschenbecher, Feuerzeuge, etc..*
- Alternativen: *Siehe unter Punkt 4. a. Reduktion.*
- Liste für Tagesstruktur: *Für Ihren ersten Rauchstopptag am \_\_\_\_\_ (Tag) empfehle ich Ihnen diesen Tag genau zu planen. Schreiben Sie für die Zeiten des Tages, in denen*

*Sie nun nicht mehr rauchen, speziell Alternativen auf.*

- Cave: Suchtverlagerung: Siehe unter Punkt 4. a. Reduktion.
- Vorfall/Rückfall-Konzept: *Wenn Sie nun trotz aller guten Vorsätze und Maßnahmen nun doch dazu kommt, dass Sie wieder eine Zigarette rauchen, z. B., wenn sich in Stresssituation sind, ist dies keine Katastrophe. Eine bereits angezündete Zigarette können Sie jederzeit ausmachen. Das Sie sich danach Vorwürfe machen und ein schlechtes Gewissen haben, ist normal. Bei einer gerauchten Zigarette sprechen wir von einem Vorfall, nicht von einem Rückfall. Nach so einem Vorfall muss man nicht rückfällig werden. Stoppen Sie Ihre negativen Gedanken und besinnen Sie sich wieder auf Ihre alternativen Strategien zum Rauchen.*  
*Wenn Sie allerdings mehr als eine Zigarette rauchen, ist dies ein Rückfall. Suchen Sie sich in diesem Fall zur weiteren Aufrechterhaltung Ihres Rauchstopps therapeutische Unterstützung.*
- Lob, Verstärkung: Siehe unter Punkt 4. a. Reduktion.

**5. Wie geht es weiter? :**

Siehe Handout für den Patienten.

**6. Information Ärzte und Pflegepersonal:**

- Ausstellen des Therapievorschlags
- Handhabung der Nikotinersatzpräparate:

Kleben Sie morgens ein NICORETTE® TX Pflaster an eine trockene, fettfreie und unbehaarte Stelle des Körpers, am besten im Bereich des Oberkörpers, der Hüfte oder des Oberarms. Abends vor dem Schlafengehen nehmen Sie das Pflaster wieder ab. Achten Sie darauf, dass Sie am nächsten Tag eine andere Klebestelle auswählen. Sie sollten, während Sie das Pflaster anwenden, nicht rauchen. Beim kurzen Duschen kann das Pflaster auf der Haut verbleiben. Wenn Sie schwimmen gehen oder in die Sauna möchten, nehmen Sie das Pflaster vorübergehend ab.

NICORETTE® Kaugummi haben den einzigartigen Geschmacksindikator NDI (Nicotin-Dosierungs-Indikator), der Ihnen die richtige Anwendung erleichtert.

- Kauen Sie ca. 1 Minute ganz langsam, bis Sie einen würzigen/pfeffrigen Geschmack spüren.
- Deponieren Sie das Kaugummi dann zwischen den Zähnen und der Wange, bis der Geschmack nachlässt.
- Diese beiden Schritte wiederholen Sie 30 Minuten lang. Kauen Sie dabei nicht zu fest!
- Dann folgt eine halbe Stunde ohne Kaugummi.
  
- Die NICORETTE® Microtab unter die Zunge legen.
- Die Tablette löst sich dann langsam, innerhalb von 20-30 Minuten auf.
- Die Wirkung wird individuell wahr genommen. Wird diese als zu stark empfunden, kann die Tablette frühzeitig entnommen werden.
- Während der Anwendung sollte nicht geraucht und übermäßiger Speichelfluss vermieden werden.
- Nicht kauen, lutschen oder schlucken!
  
- Nebenwirkungen der Nikotinersatzpräparate:  
Grundsätzlich können wie beim Rauchen auch unter NICORETTE® TX Pflaster, Kaugummi und Microtab Nicotin-Nebenwirkungen (Kopfschmerz, Schwindel und Übelkeit, Zunahme der Herzschlagfolge, vorübergehende leichte Blutdrucksteigerung) auftreten.

- Überdosierung:  
Die Anzeichen einer Überdosierung sind: Übelkeit, vermehrter Speichelfluss, Bauchschmerzen, Durchfall, Schweißausbrüche, Kopfschmerzen, Schwindel, Hörstörungen und ausgeprägtes Schwächegefühl. Bei starker Überdosierung können diesen Symptomen Blutdruckabfall, schwacher und unregelmäßiger Puls, Atemschwierigkeiten, sehr starke Müdigkeit, Kreislaufkollaps und generalisierte Krampfanfälle folgen.

### 3. Mögliche Fragen seitens der Patienten zu Rauchen und Körpergewicht

Insofern der Patient hierzu eine Frage stellt, können Sie folgende Aussage machen:

*Wenn Sie das Rauchen reduzieren/mit dem Rauchen aufhören, kann es sein, dass Sie zunehmen. Dies kann aber verschiedene Ursachen haben. Rauchen hat zum einen Einfluss auf den Stoffwechsel, es kurbelt den Stoffwechselvorgang an. In diesem Fall ist es wichtig, dass Sie sich genügend bewegen und viel Wasser zu sich nehmen. Eine andere Ursache kann sein, dass Sie eventuell körperliches Unwohlsein oder Craving durch vermehrte Nahrungsaufnahme kompensieren. Kleine Snacks zwischendurch und die größere Portionen bei den Mahlzeiten können natürlich zu einer Gewichtszunahme führen. In diesem Fall sollten Sie versuchen bewusst auf die Menge zu achten und bei aufkommenden Heißhungerattacken, bewusst darauf achten, was Sie zu sich nehmen.*

McNeil Consumer Healthcare GmbH 2007-2009. Alle Rechte vorbehalten.

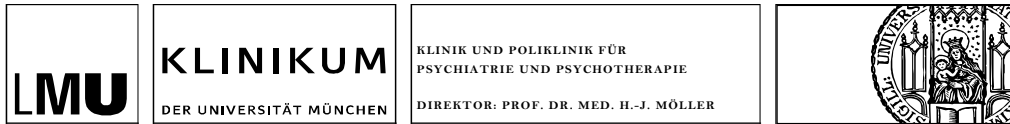
Diese Webseite wird veröffentlicht von der McNeil Consumer Healthcare GmbH, die die alleinige Verantwortung für deren Inhalt trägt.

Die Website dient Besuchern aus Deutschland.

Letzte Aktualisierung: 08.12.2009

10.2. Zusatzmaterial

10.2.1. *Fagerström Test for Nicotine Dependence*



# Fagerströmtest

## Fagerströmtest

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

**1. Wann nach Ihrem Erwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?**

- innerhalb von 5 Minuten (3)
- innerhalb von 5 bis 30 Minuten (2)
- innerhalb von 30 bis 60 Minuten (1)
- nach mehr als 60 Minuten (0)

**2. Finden Sie es schwierig, an verbotenen Orten nicht zu rauchen?  
(z.B.: Kino, Restaurant, Flughafen,...)**

- Ja (1)
- Nein (0)

**3. Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?**

- die erste nach dem Erwachen (1)
- eine andere (0)

**4. Wie viele Zigaretten rauchen Sie an einem Tag?**

- mehr als 30 (3)
- 21 bis 30 (2)
- 11 bis 20 (1)
- Weniger als 10 (0)

**5. Rauchen Sie in den ersten Stunden nach dem Erwachen mehr als am Rest des Tages?**

- ja (1)
- nein (0)

**6. Rauchen Sie, wenn Sie krank im Bett liegen müssen?**

- ja (1)
- nein (0)

⇒ **Auswertung:**

- 0 bis 2	leichte Abhängigkeit
- 3 bis 5	mittelschwere Abhängigkeit
- 6 bis 7	schwere Abhängigkeit
- 8 bis 10	sehr schwere Abhängigkeit

## 10.2.2. Registrierkarten

**Registrierkarte**Wochentag: Datum: Registrieren Sie, bevor Sie eine Zigarette anzünden!

Uhrzeit	Anlass							notwendig?	
	Stress	An-regung	Gesellig-keit	Genuss	Lange-weile	Sucht	Anderes	Ja	Nein
0-2									
2-4									
4-6									
6-8									
8-10									
10-12									
12-14									
14-16									
16-18									
18-20									
20-22									
22-24									
<b>Summe</b>									

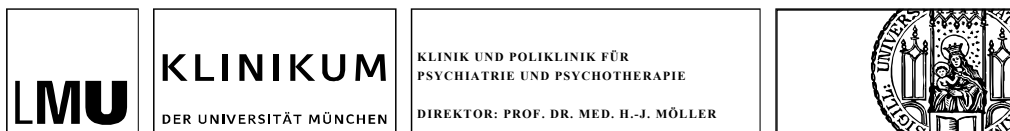
IFT Gesundheitsförderung GmbH München,  
Hautzinger, M., 2005**Registrierkarte**Wochentag: Datum: Registrieren Sie, bevor Sie eine Zigarette anzünden!

Uhrzeit	Anlass							notwendig?	
	Stress	An-regung	Gesellig-keit	Genuss	Lange-weile	Sucht	Anderes	Ja	Nein
0-2									
2-4									
4-6									
6-8									
8-10									
10-12									
12-14									
14-16									
16-18									
18-20									
20-22									
22-24									
<b>Summe</b>									

IFT Gesundheitsförderung GmbH München,  
Hautzinger, M., 2005



### 10.2.3. Dokumentationsbogen der Einzelberatung



## Dokumentationsbogen Dokumentationsbogen

Rauchfrei-Programm / Einzelberatung

Fragerströmtest im Vorfeld bereitlegen

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

### **1. Anamnestiche Fragen:**

Medikamenteneinnahme: \_\_\_\_\_

Rauchbeginn mit: \_\_\_\_\_ Jahren

Rauchdauer: \_\_\_\_\_ Jahre

Abstinenzphasen: \_\_\_\_\_

CO-Wert/Anzahl der Zigaretten: \_\_\_\_\_

Durchschnittliche Anzahl der Zigaretten/  
Rauchware pro Tag (Registrierkarte): \_\_\_\_\_

Marke (leicht/mittel/stark): \_\_\_\_\_

Vorerfahrungen mit Pharmaka für den  
Rauchstopp (NET, Vareniclin, Bupropion, ect.): \_\_\_\_\_

## 2. Zielvereinbarung:

☐

**Reduzieren**

☐

**Rauchstopp**

1. Tag der Reduktion: \_\_\_\_\_

1. Tag des Rauchstopps: \_\_\_\_\_

Von \_\_\_\_\_ auf \_\_\_\_\_ Zigaretten

von \_\_\_\_\_ auf 0 Zigaretten

## 3. Ausarbeitung des Therapievorschlags:

### a. Kombinationstherapie ?:

- Vorherige fehlgeschlagen Aufhörversuche
- FTND > 5
- Stärkste Craving –Erlebnisse (Suchtverlangen) in der Vorgeschichte
- NET vom Patienten gewünscht?

☐
☐
☐
☐

➔ **Kombinationstherapie**

☐

### b. Auswahl des Präparates:

- Nächtliches Rauchen
- Zahnersatz
- Pflasterallergie/ Unverträglichkeiten

☐
☐
☐

### c. Nikotinersatzmenge (überschlagen):

- \_\_\_\_\_ Zigaretten mal 1,5mg = Tagesmenge in mg

\_\_\_\_\_

- FTND ≤ 2: -20%

\_\_\_\_\_

- FTND 8-10: +20 %

\_\_\_\_\_

➔ **Therapeutische Nikotinmenge:**

\_\_\_\_\_

**d. Therapieverschlaf:**

Nicorette® TX 16-Stunden- Pflaster

- à 10 mg \_\_\_\_\_ pro Tag
- à 15 mg \_\_\_\_\_ pro Tag
- à 25 mg \_\_\_\_\_ pro Tag

Nicorette® Kaugummi

gewünschte Geschmacksrichtung: spicemint; freshmint; freshfruit, mint, classic

- à 2mg \_\_\_\_\_ pro Tag
- à 4mg \_\_\_\_\_ pro Tag

Nicorette® Microtab

- à 2 mg \_\_\_\_\_ pro Tag

**4. Vorbesprechung Reduktion/Rauchstopp:**

**a. Reduktion**

- Ziel genau festlegen = X Zigaretten pro Tag
- Registrieren wiederholen
- Differenzieren in „leicht wegzulassen“ und „schwer wegzulassen“
- Alternativen für das Rauchen
- Cave : Suchtverlagerung ( z.B. Kaffee, Essen)
- Lob, Verstärkung, Entkatastrophisierung

**b. Rauchstopp**

- Ziel genau festlegen (letzte Zigarette)
- Ansprechen bei Bezugspersonen/Mitpatienten
- Rauchfreie Umwelt
- Alternativen für das Rauchen
- Cave: Suchtverlagerung ( z.B. Kaffee, Essen
- Liste für Tagesstruktur
- Vorfall /Rückfall- Konzept
- Lob, Verstärkung, Entkatastrophisierung

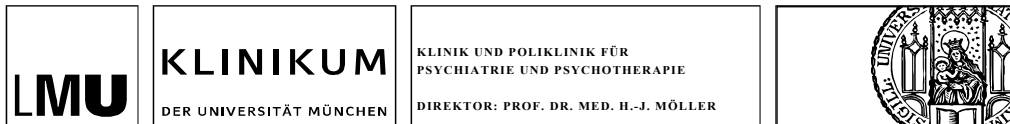
**5. Wie geht es weiter? Ausgabe und Erläuterung des Handouts:**

- Notwendigkeit und Möglichkeiten der therapeutischen Weiterbetreuung
- Anpassung der NET
- Notfallnummern

**6. Information Ärzte und Pflege:**

- Ausstellen des Therapievorschlags!
- Anwendungshinweise für Pflaster/Kaugummi/Lutschtabletten
- Mögliche Nebenwirkungen der Nikotinersatztherapie

## 10.2.4. Therapievorschlagn



# Therapievorschlag

## Therapievorschlag

Rauchfrei-Programm / Einzelberatung

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Der Patient wurde in die Studie aufgenommen und im Einzelgespräch wurde folgendes Ziel vereinbart.

Wir bitten die behandelnde Ärztin/ den behandelnden Arzt um untenstehende Anordnung.

☐

Reduktion auf \_\_\_\_ Zigaretten

☐

Rauchstopp

1. Tag der Reduktion: \_\_\_\_\_ Stopptag: \_\_\_\_\_

Berechnete tägliche therapeutische Nikotinmenge: \_\_\_\_\_

☐

Nicorette® TX 16-Stunden- Pflaster

- à 10 mg \_\_\_\_\_ pro Tag
- à 15 mg \_\_\_\_\_ pro Tag
- à 25 mg \_\_\_\_\_ pro Tag

☐

Nicorette® Kaugummi

gewünschte Geschmacksrichtung: spicemint; freshmint; freshfruit, mint, classic

- à 2mg \_\_\_\_\_ pro Tag
- à 4mg \_\_\_\_\_ pro Tag

☐

Nicorette® Microtab

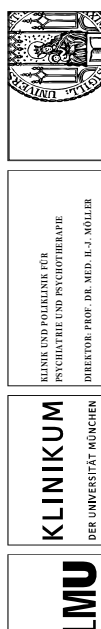
- à 2 mg \_\_\_\_\_ pro Tag

Vielen Dank!

## 10.2.5. Einzelberatung: Handout für die Patienten

Alternativen für das Rauchen <sup>1</sup>	
Für die Hand	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kugelschreiber als Spielzeug</li> <li>- Mit einem Stift kritzeln, Männchen malen</li> <li>- Mit einem Ring/Schmuck spielen</li> <li>- Mit einem Handschmeichler spielen (z.B. Stein, Kugeln)</li> <li>- Mit Daumen und Zeigefinger die andere Hand massieren</li> </ul>
Für den Mund	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Knäckebrot, Reiswaffeln, Salzstangen etc. essen (Vorsicht: Kalorien!)</li> <li>- Wasser, verdünnte Obstsaft oder Kräutertees trinken</li> <li>- Bewusst armen und darauf achten, wie die Luft durch den Mund ein- und ausgeatmet wird</li> <li>- Zuckerfreie Kaugummis kauen</li> <li>- Zuckerfreie Bonbons mit verschiedenen Geschmacksrichtungen und unterschiedlicher Schärfe lutschen</li> <li>- Auf etwas kauen, was einen starken Reiz auslöst (Gewürznelke)</li> <li>- Auf etwas kauen, was den Stoffwechsel anregt (Ingwer)</li> <li>- Auf Zahnstocher kauen</li> <li>- Zähne putzen</li> <li>- Tee statt Kaffee trinken</li> <li>- Zubereitetes Gemüse (Möhren, Sellerie) knabbern</li> <li>- Zubereitetes Obst essen</li> </ul>
Für den Kopf	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interessante Hörbücher hören</li> <li>- Bewusst Radio hören</li> <li>- Rätsel lösen</li> <li>- Kurzentspannung</li> <li>- Vorstellung der positiven Nichtraucherersituation/Vorteilen des Rauchens</li> <li>- Pfefferminzöl auf die Stirn reiben</li> </ul>
Für den Körper	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sport treiben an der frischen Luft</li> <li>- Gymnastik machen</li> <li>- Yogaübungen ausführen</li> <li>- Entspannungsübungen machen</li> <li>- Bewusst tief ein- und ausatmen</li> <li>- Spazieren gehen</li> <li>- Viel Flüssigkeit aufnehmen</li> <li>- Duschen</li> <li>- Sich Massieren lassen</li> <li>- Ein Entspannungsbild nehmen</li> <li>- In die Sauna gehen</li> </ul>

<sup>1</sup> vgl. Das Rauchfrei-Programm – Kursleitermanual © 2007 IfT – Gesundheitsförderung



# Handout

## Rauchfrei-Programm

### Aktueller Therapieversuch

Berechnete tägliche therapeutische Nikotinmenge: \_\_\_\_\_ mg  
 Beginn der Therapie: \_\_\_\_\_

- ☐ Nicorette® TX 16-Stunden-Pflaster
- à 10 mg \_\_\_\_\_ pro Tag
  - à 15 mg \_\_\_\_\_ pro Tag
  - à 25 mg \_\_\_\_\_ pro Tag
- ☐ Nicorette® Kaugummi
- gewünschte Geschmacksrichtung: spearmint, freshmint, mint, classic
- à 2mg \_\_\_\_\_ pro Tag
  - à 4mg \_\_\_\_\_ pro Tag
- ☐ Nicorette® Microtab
- à 2 mg \_\_\_\_\_ pro Tag

### Wie geht's nach Entlassung weiter?

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

nach Entlassung aus unserem Hause ist es wichtig, dass Sie sich bezüglich ihrer begonnenen Raucherentwöhnung weiterhin therapeutisch durch einen Arzt oder Apotheker beraten lassen. Die aktuell berechnete therapeutische Nikotinmenge muss im Verlauf angepasst werden.

Bei Fragen und Problemen können Sie sich auch an folgende Beratungsstelle wenden:

Institut für Raucherberatung: Telefon: **0800 14 18 14 1** (kostenfrei!)  
 Mo, Di, Mi, Fr, 9:15-19:00 Uhr  
 Do 9:15-20:00 Uhr  
 Internet: [www.ift-rauchfreiwerden.de](http://www.ift-rauchfreiwerden.de)

Mit freundlichen Grüßen  
 Ihr Team des Rauchfrei-Programms

Tagesplan meines ersten rauchfreien Tages

Morgens

Vormittags

Mittags

Nachmittags

Abends

Belohnung!

Angelehnt an IFT Gesundheitsförderung GmbH München, 2007

Registrierkarte

Wochentag: Datum: Registrieren Sie, bevor Sie eine Zigarette anzünden!

Uhrzeit	Anlass	Stress	Anregung	Geselligkeit	Genuss	Lange-weile	Sucht	Anderes	notwendig?
									Ja
									Nein
0-2									
2-4									
4-6									
6-8									
8-10									
10-12									
12-14									
14-16									
16-18									
18-20									
20-22									
22-24									
Summe									

IFT Gesundheitsförderung GmbH München,  
Hautzinger, M., 2005

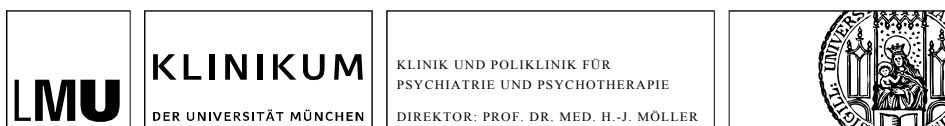
Wochentag: Datum: Registrieren Sie, bevor Sie eine Zigarette anzünden!

Uhrzeit	Anlass	Stress	Anregung	Geselligkeit	Genuss	Lange-weile	Sucht	Anderes	notwendig?
									Ja
									Nein
0-2									
2-4									
4-6									
6-8									
8-10									
10-12									
12-14									
14-16									
16-18									
18-20									
20-22									
22-24									
Summe									

IFT Gesundheitsförderung GmbH München,  
Hautzinger, M., 2005

### 10.3. Patienteninformation und Einwilligungserklärung

#### 10.3.1. Experimentalgruppe



#### **Psychiatrische Klinik und Poliklinik Klinikum Innenstadt**

Direktor: Prof. Dr. med. H.-J. Möller  
Nußbaumstrasse 7, 80336 München  
Telefon 089/5160-5501, Fax 089/5160-5522

Verantwortlicher Oberarzt und Prüfleiter:  
PD Dr. O. Pogarell  
Telefon: 089/5160-5540, Fax: 089/5160 – 5542  
Dr. T. Rüther  
Telefon: 089/5160-5701, Fax: 089/5160-5704

#### **Patienten-Information und Einwilligungserklärung**

für die Teilnahme an der Studie:

#### **„Evaluierung eines wissenschaftlich fundierten verhaltenstherapeutischen Therapiemanuals zur Tabakentwöhnung bei stationären Patienten mit komorbider Suchterkrankung“**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie wurden gebeten an der oben genannten Studie teilzunehmen. Ihre Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Sie werden in diese Studie also nur dann einbezogen, wenn Sie dazu schriftlich Ihre Einwilligung erklären. Sofern Sie nicht an der Studie teilnehmen oder später aus ihr ausscheiden möchten, erwachsen Ihnen daraus keine Nachteile.

Mit der Studie untersuchen wir die Wirksamkeit von Tabakentwöhnung bei Patienten mit einer komorbiden Suchterkrankung. Es ist geplant, die erhobenen Ergebnisse in einem wissenschaftlichen Journal zu publizieren.

Während Ihres stationären Aufenthaltes in unserer Klinik werden Sie einmal in der Woche an einer Informationsgruppe teilnehmen. Wahlweise können Sie noch einen Einzelberatungstermin in Anspruch nehmen. Zu verschiedenen Zeitpunkten werden Ihnen zwischen fünf und sieben Fragebögen ausgehändigt, in denen Ihnen verschiedene Fragen zu dem Thema Rauchen, Raucherberatung und -entwöhnung gestellt werden. Des Weiteren möchten wir nach drei und nach sechs Monaten mit Ihnen eine kurze, telefonische Befragung zum Thema der Studie durchführen.



Alle erhobenen Daten und Befunde unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Besonderer Wert wird auf den Datenschutz gelegt. Alle Daten werden Dritten unzugänglich gelagert. Die Daten werden in verschlüsselter Form gespeichert und anonymisiert ausgewertet. Die Veröffentlichung erfolgt in anonymisierter Form.  
Das Einverständnis zur Studienteilnahme kann zu jedem Zeitpunkt, ohne die Angabe von Gründen und ohne irgendwelche Nachteile widerrufen werden.

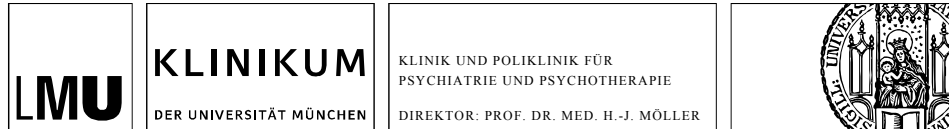
**„Ich bin mit der Erhebung und Verwendung persönlicher Daten und Befunddaten nach Maßgabe der Patienteninformation einverstanden. Des Weiteren bin ich mit der telefonischen Befragung im Rahmen der Studie nach drei und sechs Monaten einverstanden. Mir ist bekannt, dass alle meine Daten der Schweigepflicht unterliegen und nach Beendigung der Studie gelöscht werden.“**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### 10.3.2. Kontrollgruppe



**Psychiatrische Klinik und Poliklinik**  
**Klinikum Innenstadt**

Direktor: Prof. Dr. med. H.-J. Möller  
 Nußbaumstrasse 7, 80336 München  
 Telefon 089/5160-5501, Fax 089/5160-5522

Verantwortlicher Oberarzt und Prüfleiter:  
PD Dr. O. Pogarell  
 Telefon: 089/5160-5540, Fax: 089/5160 – 5542  
Dr. T. Rütger  
 Telefon: 089/5160-5701, Fax: 089/5160-5704

**Patienten-Information und Einwilligungserklärung**

für die Teilnahme an der Studie:

**„Evaluierung eines wissenschaftlich fundierten verhaltenstherapeutischen  
 Therapiemanuals zur Tabakentwöhnung bei stationären Patienten mit  
 komorbider Suchterkrankung“**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie wurden gebeten an der oben genannten Studie teilzunehmen. Ihre Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Sie werden in diese Studie also nur dann einbezogen, wenn Sie dazu schriftlich Ihre Einwilligung erklären. Sofern Sie nicht an der Studie teilnehmen oder später aus ihr ausscheiden möchten, erwachsen Ihnen daraus keine Nachteile.

Mit der Studie untersuchen wir die Wirksamkeit von Tabakentwöhnung bei Patienten mit einer komorbiden Suchterkrankung. Es ist geplant, die erhobenen Ergebnisse in einem wissenschaftlichen Journal zu publizieren.

Während Ihres stationären Aufenthaltes in unserer Klinik haben Sie die Möglichkeit kostenfrei Nikotinersatzpräparate (Pflaster, Kaugummi und Sublingualtablette) zu erhalten, wenn Sie Ihren Tabakkonsum reduzieren oder einen Rauchstopp einlegen möchten. Zum Zeitpunkt der Aufnahme und Entlassung wird Ihnen jeweils ein Fragebogen ausgehändigt, in denen Ihnen verschiedene Fragen zu dem Thema Rauchen, Raucherberatung und - entwöhnung gestellt werden. Des Weiteren möchten wir nach drei und nach sechs Monaten mit Ihnen eine kurze, telefonische Befragung zum Thema der Studie durchführen.

Alle erhobenen Daten und Befunde unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Besonderer Wert wird auf den Datenschutz gelegt. Alle Daten werden Dritten unzugänglich gelagert. Die Daten werden in verschlüsselter Form gespeichert und anonymisiert ausgewertet. Die Veröffentlichung erfolgt in anonymisierter Form.  
Das Einverständnis zur Studienteilnahme kann zu jedem Zeitpunkt, ohne die Angabe von Gründen und ohne irgendwelche Nachteile widerrufen werden.

**„Ich bin mit der Erhebung und Verwendung persönlicher Daten und Befunddaten nach Maßgabe der Patienteninformation einverstanden. Des Weiteren bin ich mit der telefonischen Befragung im Rahmen der Studie nach drei und sechs Monaten einverstanden. Mir ist bekannt, dass alle meine Daten der Schweigepflicht unterliegen und nach Beendigung der Studie gelöscht werden.“**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

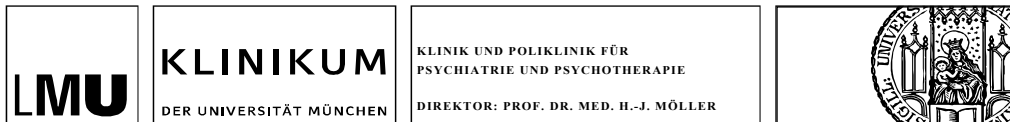
\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

10.4. Fragebögen

10.4.1. Prätest: Fragebogen zum Zeitpunkt t0

10.4.1.1. Experimentalgruppe



# Prätest Prätest

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

## Fragen zur Person

**1. Geschlecht:**

- ☐ weiblich  
☐ männlich

**2. Alter:**

\_\_\_\_\_ Jahre

**3. Familienstand:**

- ☐ Ledig  
☐ Verheiratet  
☐ Getrennt  
☐ In einer Partnerschaft  
☐ Geschieden  
☐ Verwitwet

**4. Schulabschluss:**

- ☐ Kein Abschluss  
☐ Von der Schule abgegangen ohne Hauptschulabschluss  
☐ Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)  
☐ Realschulabschluss (Mittlere Reife)  
☐ Fachhochschulreife/Abitur

**Erste besuchte  
Kurstunde:**

- ☐ 1  
☐ 2

**5. Beruf**

- ☐ Vollzeitbeschäftigt
- ☐ Teilzeitbeschäftigt
- ☐ Nicht erwerbstätig
- ☐ Berufliche Ausbildung/Lehre /Umschulung
- ☐ Gelegentlich oder unregelmäßig beschäftigt

**6. Sonstiges**

- ☐ Wohnsituation: Sie leben zur Zeit mit: \_\_\_\_\_
- ☐ Alleine
- ☐ (Ehe-)Partner
- ☐ Kinder
- ☐ Schwester/Bruder
- ☐ Eltern
- ☐ Verwandten
- ☐ Bekannten/WG
- ☐ Institutionen
- ☐ Ohne festen Wohnsitz
- ☐ Sonstiges

**7. Wohnen Sie in einer rauchfreien Umgebung?**

- ☐ ja
- ☐ nein

Fragen zur Krankengeschichte:

**8. Wegen welcher Diagnose sind Sie aktuell hier auf Station?**

\_\_\_\_\_

**9. Haben Sie noch weitere psychiatrische Diagnosen (z. B. Depression)?**

\_\_\_\_\_

Fragen zum Rauchverhalten:

**10. Was rauchen/konsumieren Sie hauptsächlich?**

⇒ bitte nur eine Angabe!

- ☐ Zigaretten (fabrikfertig)
- ☐ Zigaretten (selbstgedreht)
- ☐ Zigarren/Zigarillos
- ☐ Pfeife
- ☐ Kautabak/ Schnupftabak
- ☐ Tabak & Cannabis gemischt

**11. Wie viele Jahre haben Sie bisher regelmäßig geraucht?**

Ich habe \_\_\_\_\_ Jahre regelmäßig geraucht

**12. Bitte denken Sie jetzt nur an die letzten 30 Tage.**

**An wie vielen dieser Tage haben sie geraucht?**

an \_\_\_\_\_ Tagen

**13. Wie viele Zigaretten rauchen Sie dann einem Tag?**

\_\_\_\_\_ Zigaretten (Tabakwaren)

Fragen zum Thema Aufhören

**14. Welche der folgenden Aussagen trifft am ehesten auf Sie zu?**

- ☐ Ich habe derzeit nicht vor, mit dem Rauchen aufzuhören.
- ☐ Ich habe vor, in den nächsten 6 Monaten mit dem Rauchen aufzuhören.
- ☐ Ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen mit dem Rauchen aufzuhören.
- ☐ Ich rauche seit weniger als 6 Monaten nicht mehr.
- ☐ Ich rauche seit über 6 Monaten nicht mehr.

**15. Wie gerne wollen Sie Nichtraucher werden?**

- ☐ Sehr gern
- ☐ Eher gern
- ☐ Eher nicht
- ☐ Überhaupt nicht

**16. Wie motiviert sind Sie aktuell, Ihr Rauchverhalten zu verändern?**

1-----2-----3-----4-----5  
wenig sehr

**17. Sie sind aktuell motiviert Ihren Tabakkonsum zu reduzieren. Sind Sie daran interessiert, zur Unterstützung Nikotinersatzpräparate zu verwenden?**

- ☐ ja  
☐ nein

**18. Wie hoch würden Sie Ihr Wissen über Tabakabhängigkeit/Rauchen einschätzen?**

Bitte kreuzen Sie eine Zahl an.

1-----2-----3-----4-----5  
sehr niedrig sehr hoch

**19. Wie hoch würden Sie Ihr Wissen darüber einschätzen, wie man am besten aufhören kann zu rauchen?**

Bitte kreuzen Sie eine Zahl an.

1-----2-----3-----4-----5  
sehr niedrig sehr hoch

**20. Besitzen Sie Fähigkeiten/Fertigkeiten, die Ihnen das Aufhören erleichtern (z. B. Umgang mit aufkommendem Suchtverlangen)?**

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu trifft voll zu

**21. Wie häufig haben Sie in der Vergangenheit insgesamt schon versucht, mit dem Rauchen aufzuhören?**

\_\_\_\_\_ mal

**22. Wie lange war Ihre längste rauchfreie Phase?**

- ☐ Tage  
☐ Wochen  
☐ Monate  
☐ Jahre  
☐ keine

**23. Mit welchen Methoden haben Sie in der Vergangenheit versucht, mit dem Rauchen aufzuhören?**

⇒ mehrere Angaben möglich

- ☐ Einfach so, "von heute auf morgen"
- ☐ Nikotinpräparate, wie z.B. Nikotinpflaster, Nikotinkaugummis etc.
- ☐ Andere Medikamente, wie z.B. Zyban, Champix etc.
- ☐ Selbsthilfe-Programm (Buch, Kassette, CD, Video)
- ☐ Teilnahme an einem Entwöhnungskurs
- ☐ Hypnose
- ☐ Akupunktur
- ☐ Andere

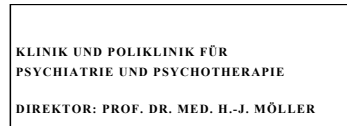
**24. Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie als Nichtraucher die Klinik verlassen werden?**

- ☐ sehr wahrscheinlich
- ☐ eher wahrscheinlich
- ☐ eher unwahrscheinlich
- ☐ sehr unwahrscheinlich

**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit**



10.4.1.2. Kontrollgruppe



# Prätest Prätest

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

## Fragen zur Person

### 1. Geschlecht:

- ☐ weiblich
- ☐ männlich

### 2. Alter:

\_\_\_\_\_ Jahre

### 3. Familienstand:

- ☐ Ledig
- ☐ Verheiratet
- ☐ Getrennt
- ☐ In einer Partnerschaft
- ☐ Geschieden
- ☐ Verwitwet

### 4. Schulabschluss:

- ☐ Kein Abschluss
- ☐ Von der Schule abgegangen ohne Hauptschulabschluss
- ☐ Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)
- ☐ Realschulabschluss (Mittlere Reife)
- ☐ Fachhochschulreife/Abitur

**5. Beruf**

- ☐ Vollzeitbeschäftigt
- ☐ Teilzeitbeschäftigt
- ☐ Nicht erwerbstätig
- ☐ Berufliche Ausbildung/Lehre /Umschulung
- ☐ Gelegentlich oder unregelmäßig beschäftigt

**6. Sonstiges**

- ☐ Wohnsituation: Sie leben zur Zeit mit: \_\_\_\_\_
- ☐ Alleine
- ☐ (Ehe-)Partner
- ☐ Kinder
- ☐ Schwester/Bruder
- ☐ Eltern
- ☐ Verwandten
- ☐ Bekannten/WG
- ☐ Institutionen
- ☐ Ohne festen Wohnsitz
- ☐ Sonstiges

**7. Wohnen Sie in einer rauchfreien Umgebung?**

- ☐ ja
- ☐ nein

Fragen zur Krankengeschichte:

**8. Wegen welcher Diagnose sind Sie aktuell hier auf Station?**

\_\_\_\_\_

**9. Haben Sie noch weitere psychiatrische Diagnosen (z. B. Depression)?**

\_\_\_\_\_

Fragen zum Rauchverhalten:

**10. Was rauchen/konsumieren Sie hauptsächlich?**

⇒ bitte nur eine Angabe!

- ☐ Zigaretten (fabrikfertig)
- ☐ Zigaretten (selbstgedreht)
- ☐ Zigarren/Zigarillos
- ☐ Pfeife
- ☐ Kautabak/ Schnupftabak
- ☐ Tabak & Cannabis gemischt

**11. Wie viele Jahre haben Sie bisher regelmäßig geraucht?**

Ich habe \_\_\_\_\_ Jahre regelmäßig geraucht

**12. Bitte denken Sie jetzt nur an die letzten 30 Tage.  
An wie vielen dieser Tage haben sie geraucht?**

an \_\_\_\_\_ Tagen

**13. Wie viele Zigaretten rauchen Sie dann einem Tag?**

\_\_\_\_\_ Zigaretten (Tabakwaren)

Fragen zum Thema Aufhören

**14. Welche der folgenden Aussagen trifft am ehesten auf Sie zu?**

- ☐ Ich habe derzeit nicht vor, mit dem Rauchen aufzuhören.
- ☐ Ich habe vor, in den nächsten 6 Monaten mit dem Rauchen aufzuhören.
- ☐ Ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen mit dem Rauchen aufzuhören.
- ☐ Ich rauche seit weniger als 6 Monaten nicht mehr.
- ☐ Ich rauche seit über 6 Monaten nicht mehr.

**15. Wie gerne wollen Sie Nichtraucher werden?**

- ☐ Sehr gern
- ☐ Eher gern
- ☐ Eher nicht
- ☐ Überhaupt nicht

**16. Wie motiviert sind Sie aktuell, Ihr Rauchverhalten zu verändern?**

1-----2-----3-----4-----5  
wenig sehr

**17. Sie sind aktuell motiviert Ihren Tabakkonsum zu reduzieren. Sind Sie daran interessiert, zur Unterstützung Nikotinersatzpräparate zu verwenden?**

- ☐ ja  
☐ nein

**18. Wie hoch würden Sie Ihr Wissen über Tabakabhängigkeit/Rauchen einschätzen?**

Bitte kreuzen Sie eine Zahl an.  
1-----2-----3-----4-----5  
sehr niedrig sehr hoch

**19. Wie hoch würden Sie Ihr Wissen darüber einschätzen, wie man am besten aufhören kann zu rauchen?**

Bitte kreuzen Sie eine Zahl an.  
1-----2-----3-----4-----5  
sehr niedrig sehr hoch

**20. Besitzen Sie Fähigkeiten/Fertigkeiten, die Ihnen das Aufhören erleichtern (z. B. Umgang mit aufkommendem Suchtverlangen)?**

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu trifft voll zu

**21. Wie häufig haben Sie in der Vergangenheit insgesamt schon versucht, mit dem Rauchen aufzuhören?**

\_\_\_\_\_ mal

**22. Wie lange war Ihre längste rauchfreie Phase?**

- ☐ Tage  
☐ Wochen  
☐ Monate  
☐ Jahre  
☐ keine

**23. Mit welchen Methoden haben Sie in der Vergangenheit versucht, mit dem Rauchen aufzuhören?**

⇒ mehrere Angaben möglich

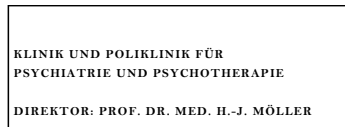
- ☐ Einfach so, "von heute auf morgen"
- ☐ Nikotinpräparate, wie z.B. Nikotinpflaster, Nikotinkaugummis etc.
- ☐ Andere Medikamente, wie z.B. Zyban, Champix etc.
- ☐ Selbsthilfe-Programm (Buch, Kassette, CD, Video)
- ☐ Teilnahme an einem Entwöhnungskurs
- ☐ Hypnose
- ☐ Akupunktur
- ☐ Andere

**24. Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie als Nichtraucher die Klinik verlassen werden?**

- ☐ sehr wahrscheinlich
- ☐ eher wahrscheinlich
- ☐ eher unwahrscheinlich
- ☐ sehr unwahrscheinlich

**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit**

10.4.2. Patientenfragebogen zu Kursstunde 1



# Kursstunde 1

## Patientenfragebogen

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**Bitte lesen Sie sich die folgenden Aussagen durch und beurteilen Sie die heutige Kursstunde:  
Pro Reihe bitte immer nur eine Zahl umkreisen.**

**1. Die Inhalte der heutigen Kursstunde waren gut verständlich.**

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu      trifft voll zu

**2. Die Inhalte der heutigen Kursstunde fand ich sinnvoll, für mich gewinnbringend.**

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu      trifft voll zu

**3. Die Inhalte der heutigen Kursstunde haben mich interessiert.**

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu      trifft voll zu

**4. Wie motiviert sind Sie aktuell, Ihr Rauchverhalten zu verändern?**

1-----2-----3-----4-----5  
gar nicht sehr

**5. Wie hoch würden Sie Ihr Wissen über Tabakabhängigkeit/Rauchen einschätzen?**

1-----2-----3-----4-----5  
sehr niedrig sehr hoch

**6. Wie hoch würden Sie Ihr Wissen darüber einschätzen, wie man am besten aufhören kann zu rauchen?**

1-----2-----3-----4-----5  
sehr niedrig sehr hoch

**7. Mit welcher Note bewerten Sie heute (1=sehr gut, 6=sehr schlecht → Bitte in jedes Kästchen eine Note eintragen)**

- Vortrag „Rauchen und rauchfrei leben“
- Registrierkarten
- Ihre Mitarbeit / Motivation
- Ihre/n Kursleiter/in (Sympathie)
- Die gesamte Kursstunde


**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!**

10.4.3. Patientenfragebogen zu Kursstunde 2



KLINIK UND POLIKLINIK FÜR  
PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE  
DIREKTOR: PROF. DR. MED. H.-J. MÖLLER



# Kursstunde 2

## Kursstunde 2

### Patientenfragebogen

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**Bitte lesen Sie sich die folgenden Aussagen durch und beurteilen Sie die heutige Kursstunde:  
Pro Reihe bitte immer nur eine Zahl umkreisen.**

**1. Die Inhalte der heutigen Kursstunde waren gut verständlich.**

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu      trifft voll zu

**2. Die Inhalte der heutigen Kursstunde fand ich sinnvoll, für mich gewinnbringend.**

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu      trifft voll zu

**3. Die Inhalte der heutigen Kursstunde haben mich interessiert.**

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu      trifft voll zu



**4. Wie motiviert sind Sie aktuell, Ihr Rauchverhalten zu verändern?**

1-----2-----3-----4-----5  
gar nicht sehr

**5. Wie hoch würden Sie Ihr Wissen über Tabakabhängigkeit/Rauchen einschätzen?**

1-----2-----3-----4-----5  
sehr niedrig sehr hoch

**6. Wie hoch würden Sie Ihr Wissen darüber einschätzen, wie man am besten aufhören kann zu rauchen?**

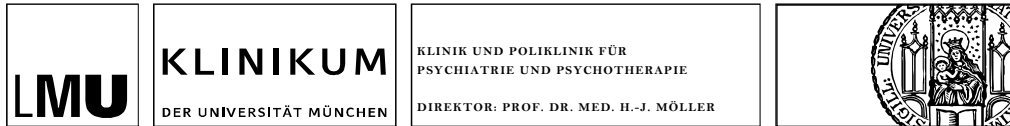
1-----2-----3-----4-----5  
sehr niedrig sehr hoch

**7. Mit welcher Note bewerten Sie heute (1=sehr gut, 6=sehr schlecht → Bitte in jedes Kästchen eine Note eintragen)**

- Argumente „Pro-Rauchen und Pro-Rauchfrei“
- Registrierkarten
- Ihre Mitarbeit / Motivation
- Ihre/n Kursleiter/in (Sympathie)
- Die gesamte Kursstunde


**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!**

10.4.4. Kursleiterfragebogen zu Kursstunde 1



# Kursstunde 1

## Kursstunde 1

### Kursleiterfragebogen

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Anzahl der Patienten:

Anzahl der neu registrierenden Patienten:

Anzahl der vereinbarten Einzelgespräche:

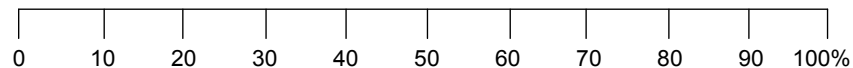
1. Wie stark konnten Sie sich heute am Kursleitermanual orientieren?

1-----2-----3-----4-----5  
wenig sehr

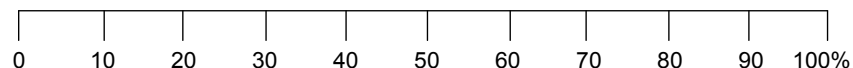
2. Die Inhalte waren in der vorgesehenen Zeit gut durchführbar.

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu trifft voll zu

3. Wie viel Prozent der vorgesehenen Inhalte der heutigen Einheit konnten Sie etwa durchführen?



4. Wie viele Teilnehmer haben konzentriert mitgearbeitet?



5. Die Inhalte der heutigen Sitzung waren für die Patienten gut verständlich.

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu                      trifft voll zu

6. Die Inhalte der heutigen Sitzung fand ich sinnvoll und für die Patienten gewinnbringend.

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu                      trifft voll zu

7. Die Inhalte der heutigen Sitzung haben die Patienten interessiert.

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu                      trifft voll zu

8. Nach der heutigen Stunde wissen die Patienten mehr über Tabakabhängigkeit/Rauchen.

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu                      trifft voll zu

9. Nach der heutigen Stunde wissen die Patienten mehr darüber, wie man am besten aufhören kann zu rauchen.

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu                      trifft voll zu

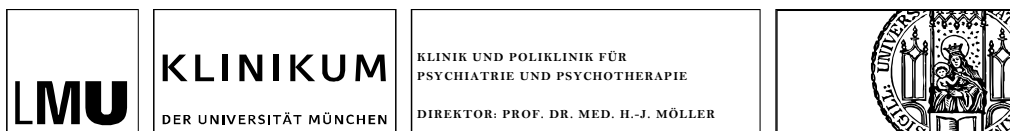
10. Nach der heutigen Stunde ist die Motivation der Patienten gestiegen, ihr Rauchverhalten zu verändern.

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu                      trifft voll zu

11. Mit welcher Note bewerten Sie heute (1=sehr gut, 6= sehr schlecht → Bitte in jedes Kästchen eine Note eintragen)

- Vortrag „Rauchen- und Rauchfrei leben“
- Mitarbeit / Motivation der Patienten
- Die Gruppe (Sympathie)
- Die gesamte Kursstunde


10.4.5. Kursleiterfragebogen zu Kursstunde 2



# Kursstunde 2

## Kursstunde 2

### Kursleiterfragebogen

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Anzahl der Patienten:

Anzahl der neu registrierenden Patienten:

Anzahl der vereinbarten Einzelgespräche:

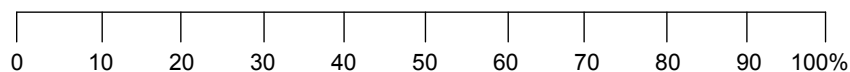
1. Wie stark konnten Sie sich heute am Kursleitermanual orientieren?

1-----2-----3-----4-----5  
wenig sehr

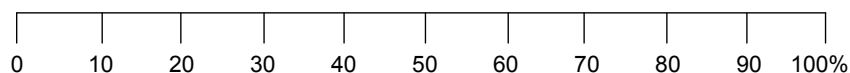
2. Die Inhalte waren in der vorgesehenen Zeit gut durchführbar.

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu trifft voll zu

3. Wie viel Prozent der vorgesehenen Inhalte der heutigen Einheit konnten Sie etwa durchführen?



4. Wie viele Teilnehmer haben konzentriert mitgearbeitet?



5. Die Inhalte der heutigen Sitzung waren für die Patienten gut verständlich.

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu                      trifft voll zu

6. Die Inhalte der heutigen Sitzung fand ich sinnvoll und für die Patienten gewinnbringend.

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu                      trifft voll zu

7. Die Inhalte der heutigen Sitzung haben die Patienten interessiert.

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu                      trifft voll zu

8. Nach der heutigen Stunde wissen die Patienten mehr über Tabakabhängigkeit/Rauchen.

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu                      trifft voll zu

9. Nach der heutigen Stunde wissen die Teilnehmer mehr darüber, wie man am besten aufhören kann zu rauchen.

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu                      trifft voll zu

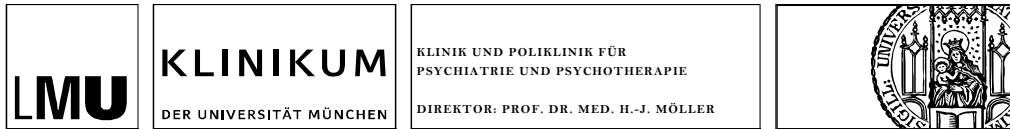
10. Nach der heutigen Stunde ist die Motivation der Patienten gestiegen, ihr Rauchverhalten zu verändern.

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu                      trifft voll zu

11. Mit welcher Note bewerten Sie heute....(1=sehr gut, 6= sehr schlecht)

- Argumente „Pro Rauchen- Pro rauchfrei leben“
- Mitarbeit / Motivation der Teilnehmer
- Die Gruppe (Sympathie)
- Die gesamte Kursstunde


10.4.6. Einzelberatung: Patientenfragebogen



Einzelberatung  
Einzelberatung  
Patientenfragebogen

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Bitte lesen Sie sich folgende Aussagen durch und beurteilen Sie die Einzelberatung.  
Pro Reihe bitte immer nur eine Zahl umkreisen.

1. Die Inhalte der Einzelberatung waren gut verständlich.

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu                      trifft voll zu

2. Die Inhalte der Einzelberatung fand ich sinnvoll, für mich gewinnbringend.

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu                      trifft voll zu

3. Die Inhalte der Einzelberatung haben mich interessiert.

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu                      trifft voll zu

4. Wie motiviert sind Sie aktuell, Ihr Rauchverhalten zu verändern?

1-----2-----3-----4-----5  
gar nicht                                      sehr

**5. Wie hoch würden Sie Ihr Wissen über Tabakabhängigkeit/Rauchen einschätzen?**

1-----2-----3-----4-----5  
sehr niedrig sehr hoch

**6. Wie hoch würden Sie Ihr Wissen darüber einschätzen, wie man am besten aufhören kann zu rauchen?**

1-----2-----3-----4-----5  
sehr niedrig sehr hoch

**7. Haben Sie den Eindruck, Sie konnten heute Fähigkeiten erlernen, die Ihnen das Aufhören erleichtern?**

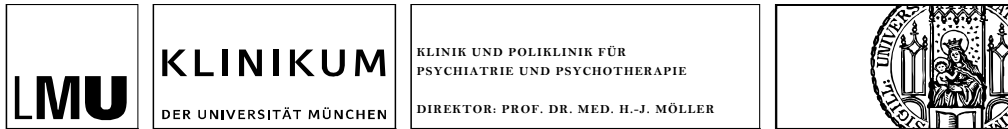
1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu trifft voll zu

**8. Mit welcher Note bewerten Sie heute (1=sehr gut, 6=sehr schlecht → Bitte in jedes Kästchen eine Note eintragen)**

- Therapievorschlag
- Registrierkarten
- Alternativen für das Rauchen
- Tagesplan für den ersten rauchfreien Tag
- Ihre Mitarbeit / Motivation
- Ihre/n Kursleiter/in (Sympathie)
- Handout
- Die gesamte Einzelberatung


**Vielen Dank!**

10.4.7. Einzelberatung: Kursleiterfragebogen



# Einzelberatung Einzelberatung

Kursleiterfragebogen

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Pro Reihe bitte immer nur eine Zahl umkreisen.

1. Wie stark konnten Sie sich heute am Kursleitermanual orientieren?

1-----2-----3-----4-----5  
wenig sehr

2. Die Inhalte waren in der vorgesehenen Zeit gut durchführbar.

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu trifft voll zu

3. Hat der Patient konzentriert mitgearbeitet?

☐ ja  
☐ nein

4. Die Inhalte der heutigen Einzelberatung waren für den Patient gut verständlich.

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu trifft voll zu

5. Die Inhalte der heutigen Einzelberatung fand ich sinnvoll und für den Patient gewinnbringend.

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu trifft voll zu



**6. Die Inhalte der heutigen Einzelberatung haben den Patient interessiert.**

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu                      trifft voll zu

**7. Nach der heutigen Einzelberatung weiß der Patient mehr über Tabakabhängigkeit/Rauchen.**

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu                      trifft voll zu

**8. Nach der heutigen Einzelberatung weiß der Patient mehr darüber, wie man am besten aufhören kann zu rauchen.**

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu                      trifft voll zu

**9. In der heutigen Einzelberatung konnte der Patient Fähigkeiten erlernen, die ihm das Aufhören erleichtern?**

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu                      trifft voll zu

**10. Nach der heutigen Einzelberatung ist die Motivation des Teilnehmers gestiegen, sein Rauchverhalten zu verändern.**

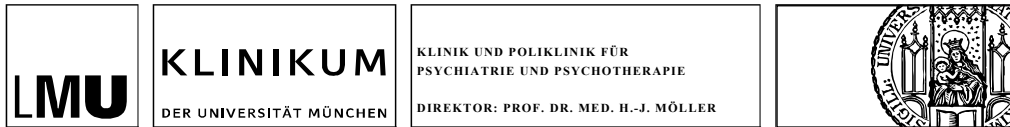
1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu                      trifft voll zu

**11. Mit welcher Note bewerten Sie heute (1=sehr gut, 6=sehr schlecht → Bitte in jedes Kästchen eine Note eintragen)**

- Therapievorschlag
- Alternativen für das Rauchen
- Tagesplan für den ersten rauchfreien Tag
- Mitarbeit / Motivation des Teilnehmers
- Teilnehmer (Sympathie)
- Die gesamte Einzelberatung


10.4.8. Posttest: Fragebogen zum Zeitpunkt t1

10.4.8.1. Experimentalgruppe



# Posttest Posttest

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

## **I. Fragen zum Thema Aufhören**

### **A. Reduktion**

**1. Haben Sie während des Klinikaufenthalts eine Reduktion Ihres Tabakkonsums begonnen?**

- ☐ Ja
- ☐ Nein

**2. Wenn ja, konnten Sie die Reduktion Ihres Tabakkonsums aufrechterhalten?**

- ☐ Ja
- ☐ nein

**3. Aus welchem Grund konnten Sie Reduktion nicht aufrechterhalten?**

⇒ Bitte nur eine Angabe!

- ☐ Stress (es ist mir zuviel)
- ☐ Geselligkeit
- ☐ Genuss
- ☐ Langeweile
- ☐ Sucht
- ☐ Keine Motivation
- ☐ Andere

**4. Haben Sie zur Unterstützung der Reduktion Nikotinpräparate verwendet?**

- ☐ Ich habe sie verwendet und nehme sie zur Zeit noch regelmäßig
- ☐ Ich habe sie verwendet und nehme sie zur Zeit noch unregelmäßig
- ☐ Ich habe sie \_\_\_\_ Tage verwendet und wieder abgesetzt
- ☐ Nein, ich habe sie nicht verwendet

**5. Hatten Sie nach der Reduktion Rauchverlangen (Suchtdruck)?**

- ☐ sehr stark
- ☐ stark
- ☐ kaum
- ☐ gar nicht

**B. Rauchstopp**

**1. Haben Sie während des Klinikaufenthalts einen Rauchstopp gemacht? (mindestens 24 Stunden nicht geraucht)**

- ☐ ja
- ☐ nein

**2. Wenn ja, haben Sie seit dem Rauchstopp wieder geraucht?**

- ☐ Nein, ich habe nicht geraucht
- ☐ Ja, ich habe 1-5 Zigaretten geraucht
- ☐ Ja, ich habe mehr als 5 Zigaretten geraucht

**3. Aus welchem Grund konnten Sie den Rauchstopp nicht aufrechterhalten?**

⇒ Bitte nur eine Angabe!

- ☐ Stress ( es ist mir zuviel)
- ☐ Geselligkeit
- ☐ Genuss
- ☐ Langeweile
- ☐ Sucht
- ☐ Keine Motivation
- ☐ Andere

**4. Haben Sie zur Unterstützung des Rauchstopps Nikotinpräparate verwendet?**

- ☐ Ich habe sie verwendet und nehme sie zu Zeit noch regelmäßig.
- ☐ Ich habe sie verwendet und nehme sie zu Zeit noch unregelmäßig.
- ☐ Ich habe sie \_\_\_\_ Tage verwendet und wieder abgesetzt.
- ☐ Nein, ich habe sie nicht verwendet.

**5. Hatten Sie nach dem Rauchstopp Rauchverlangen (Suchtdruck)?**

- ☐ Sehr stark
- ☐ Stark
- ☐ Kaum
- ☐ Gar nicht

**C. Unverändertes Rauchverhalten**

**1. Aus welchem Grund wollten Sie Ihr Rauchverhalten nicht ändern?**

⇒ Bitte nur eine Angabe!

- ☐ Stress (es ist mir zu viel)
- ☐ Geselligkeit
- ☐ Genuss
- ☐ Langeweile
- ☐ Sucht
- ☐ keine Motivation
- ☐ Andere

**D. Allgemeine Fragen zum Thema Aufhören**

**1. Welche der folgenden Aussagen trifft am ehesten auf Sie zu?**

- ☐ Ich habe derzeit nicht vor, mit dem Rauchen aufzuhören.
- ☐ Ich habe vor, in den nächsten 6 Monaten mit dem Rauchen aufzuhören.
- ☐ Ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen mit dem Rauchen aufzuhören.
- ☐ Ich rauche seit weniger als 6 Monaten nicht mehr.
- ☐ Ich rauche seit über 6 Monaten nicht mehr.

**2. Wie gerne wollen Sie Nichtraucher werden/bleiben?**

- ☐ Sehr gern
- ☐ Eher gern
- ☐ Eher nicht
- ☐ Überhaupt nicht

**3. Wie motiviert sind Sie aktuell, Ihr Rauchverhalten zu verändern?**

1-----2-----3-----4-----5  
wenig sehr

**4. Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in einem Monat Nichtraucher sind bzw. noch sein werden?**

- ☐ sehr wahrscheinlich
- ☐ eher wahrscheinlich
- ☐ eher unwahrscheinlich
- ☐ sehr unwahrscheinlich

**5. Wie hoch würden Sie Ihr Wissen über Tabakabhängigkeit/Rauchen einschätzen?**

Bitte kreuzen Sie eine Zahl an.

1-----2-----3-----4-----5  
sehr niedrig sehr hoch

**6. Wie hoch würden Sie Ihr Wissen darüber einschätzen, wie man am besten aufhören kann zu rauchen?**

Bitte kreuzen sie eine Zahl an.

1-----2-----3-----4-----5  
sehr niedrig sehr hoch

**7. Besitzen Sie Fähigkeiten/Fertigkeiten, die Ihnen das Aufhören erleichtern (z. B. Umgang mit aufkommendem Suchtverlangen)?**

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu trifft voll zu

## **II. Fragen zum Rauchverhalten**

**1. Wann haben Sie zuletzt geraucht?**

- ☐ Heute
- ☐ vor \_\_\_\_ Tagen

**2. Was rauchen/konsumieren Sie hauptsächlich?**

⇒ Bitte nur eine Angabe!

- ☐ Zigaretten (fabrikfertig)
- ☐ Zigaretten (selbstgedreht)
- ☐ Zigarren/Zigarillos
- ☐ Pfeife
- ☐ Kautabak/ Schnupftabak
- ☐ Tabak & Cannabis gemischt
- ☐ gar nichts

**3. Bitte denken Sie jetzt nur an die letzten 7 Tage.  
An wie vielen dieser Tage haben Sie geraucht?**

an \_\_\_\_ Tagen

**4. Wie viele Zigaretten rauchen Sie dann an einem Tag?**

\_\_\_\_ Zigaretten

**5. Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie ihre erste Zigarette?**

- ☐ Innerhalb von 5 Minuten
- ☐ Innerhalb von 6 bis 30 Minuten
- ☐ Innerhalb von 31 bis 60 Minuten
- ☐ Nach mehr als 60 Minuten
- ☐ Gar keine

**6. Finden Sie es schwierig, an verbotenen Orten nicht zu rauchen?  
(z.B.: Kino, Restaurant, Flughafen,...)**

- ☐ ja
- ☐ nein

**7. Welche Zigarette, würde Ihnen am schwersten fallen, aufzugeben?**

- ☐ die erste am Morgen
- ☐ andere

**8. Rauchen Sie am Morgen mehr als am Rest des Tages?**

- ☐ ja
- ☐ nein

**9. Rauchen Sie, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?**

- ☐ ja
- ☐ nein

**III. Fragen zum Kursprogramm**

**1. An wie vielen Kursstunden haben Sie teilgenommen?**

an \_\_\_\_\_ Stunden

**2. Haben Sie Registrierkarten ausgefüllt?**

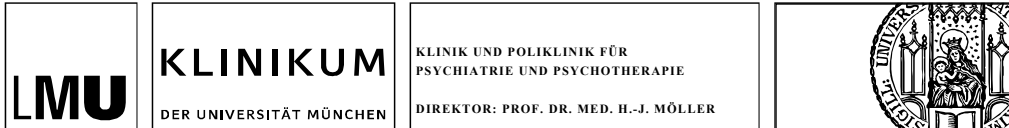
- ☐ ja
- ☐ nein

**3. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dem Rauchfreiprogramm?  
(1 = sehr gut - 6 = sehr schlecht)**

Note 1 bis 6

**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!**

10.4.8.2. Kontrollgruppe



# Posttest

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

## **I. Fragen zum Thema Aufhören**

### **A. Reduktion**

**1. Haben Sie während des Klinikaufenthalts eine Reduktion Ihres Tabakkonsums begonnen?**

- ☐ Ja
- ☐ Nein

**2. Wenn ja, konnten Sie die Reduktion Ihres Tabakkonsums aufrechterhalten?**

- ☐ Ja
- ☐ nein

**3. Aus welchem Grund konnten Sie Reduktion nicht aufrechterhalten?**

⇒ Bitte nur eine Angabe!

- ☐ Stress (es ist mir zuviel)
- ☐ Geselligkeit
- ☐ Genuss
- ☐ Langeweile
- ☐ Sucht
- ☐ Keine Motivation
- ☐ Andere



**4. Haben Sie zur Unterstützung der Reduktion Nikotinpräparate verwendet?**

- ☐ Ich habe sie verwendet und nehme sie zur Zeit noch regelmäßig
- ☐ Ich habe sie verwendet und nehme sie zur Zeit noch unregelmäßig
- ☐ Ich habe sie \_\_\_\_ Tage verwendet und wieder abgesetzt
- ☐ Nein, ich habe sie nicht verwendet

**5. Hatten Sie nach der Reduktion Rauchverlangen (Suchtdruck)?**

- ☐ sehr stark
- ☐ stark
- ☐ kaum
- ☐ gar nicht

**B. Rauchstopp**

**1. Haben Sie während des Klinikaufenthalts einen Rauchstopp gemacht?  
(mindestens 24 Stunden nicht geraucht)**

- ☐ ja
- ☐ nein

**2. Wenn ja, haben Sie seit dem Rauchstopp wieder geraucht?**

- ☐ Nein, ich habe nicht geraucht
- ☐ Ja, ich habe 1-5 Zigaretten geraucht
- ☐ Ja, ich habe mehr als 5 Zigaretten geraucht

**3. Aus welchem Grund konnten Sie den Rauchstopp nicht aufrechterhalten?**

⇒ Bitte nur eine Angabe!

- ☐ Stress ( es ist mir zuviel)
- ☐ Geselligkeit
- ☐ Genuss
- ☐ Langeweile
- ☐ Sucht
- ☐ Keine Motivation
- ☐ Andere

**4. Haben Sie zur Unterstützung des Rauchstopps Nikotinpräparate verwendet?**

- ☐ Ich habe sie verwendet und nehme sie zu Zeit noch regelmäßig.
- ☐ Ich habe sie verwendet und nehme sie zu Zeit noch unregelmäßig.
- ☐ Ich habe sie \_\_\_\_ Tage verwendet und wieder abgesetzt.
- ☐ Nein, ich habe sie nicht verwendet.

**5. Hatten Sie nach dem Rauchstopp Rauchverlangen (Suchtdruck)?**

- ☐ Sehr stark
- ☐ Stark
- ☐ Kaum
- ☐ Gar nicht

**C. Unverändertes Rauchverhalten**

**1. Aus welchem Grund wollten Sie Ihr Rauchverhalten nicht ändern?**

⇒ Bitte nur eine Angabe!

- ☐ Stress (es ist mir zu viel)
- ☐ Geselligkeit
- ☐ Genuss
- ☐ Langeweile
- ☐ Sucht
- ☐ keine Motivation
- ☐ Andere

**D. Allgemeine Fragen zum Thema Aufhören**

**1. Welche der folgenden Aussagen trifft am ehesten auf Sie zu?**

- ☐ Ich habe derzeit nicht vor, mit dem Rauchen aufzuhören.
- ☐ Ich habe vor, in den nächsten 6 Monaten mit dem Rauchen aufzuhören.
- ☐ Ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen mit dem Rauchen aufzuhören.
- ☐ Ich rauche seit weniger als 6 Monaten nicht mehr.
- ☐ Ich rauche seit über 6 Monaten nicht mehr.

**2. Wie gerne wollen Sie Nichtraucher werden/bleiben?**

- ☐ Sehr gern
- ☐ Eher gern
- ☐ Eher nicht
- ☐ Überhaupt nicht

**3. Wie motiviert sind Sie aktuell, Ihr Rauchverhalten zu verändern?**

1-----2-----3-----4-----5  
wenig sehr

**4. Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in einem Monat Nichtraucher sind bzw. noch sein werden?**

- ☐ sehr wahrscheinlich
- ☐ eher wahrscheinlich
- ☐ eher unwahrscheinlich
- ☐ sehr unwahrscheinlich

**5. Wie hoch würden Sie Ihr Wissen über Tabakabhängigkeit/Rauchen einschätzen?**

Bitte kreuzen Sie eine Zahl an.

1-----2-----3-----4-----5  
sehr niedrig sehr hoch

**6. Wie hoch würden Sie Ihr Wissen darüber einschätzen, wie man am besten aufhören kann zu rauchen?**

Bitte kreuzen sie eine Zahl an.

1-----2-----3-----4-----5  
sehr niedrig sehr hoch

**7. Besitzen Sie Fähigkeiten/Fertigkeiten, die Ihnen das Aufhören erleichtern (z. B. Umgang mit aufkommendem Suchtverlangen)?**

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu trifft voll zu

## **II. Fragen zum Rauchverhalten**

**1. Wann haben Sie zuletzt geraucht?**

- ☐ Heute
- ☐ vor \_\_\_\_ Tagen

**2. Was rauchen/konsumieren Sie hauptsächlich?**

⇒ Bitte nur eine Angabe!

- ☐ Zigaretten (fabrikfertig)
- ☐ Zigaretten (selbstgedreht)
- ☐ Zigarren/Zigarillos
- ☐ Pfeife
- ☐ Kautabak/ Schnupftabak
- ☐ Tabak & Cannabis gemischt
- ☐ gar nichts

**3. Bitte denken Sie jetzt nur an die letzten 7 Tage.  
An wie vielen dieser Tage haben Sie geraucht?**

an \_\_\_\_ Tagen

**4. Wie viele Zigaretten rauchen Sie dann an einem Tag?**

\_\_\_\_ Zigaretten

**5. Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie ihre erste Zigarette?**

- ☐ Innerhalb von 5 Minuten
- ☐ Innerhalb von 6 bis 30 Minuten
- ☐ Innerhalb von 31 bis 60 Minuten
- ☐ Nach mehr als 60 Minuten
- ☐ Gar keine

**6. Finden Sie es schwierig, an verbotenen Orten nicht zu rauchen?  
(z.B.: Kino, Restaurant, Flughafen,...)**

- ☐ ja
- ☐ nein

**7. Welche Zigarette, würde Ihnen am schwersten fallen, aufzugeben?**

- ☐ die erste am Morgen
- ☐ andere

**8. Rauchen Sie am Morgen mehr als am Rest des Tages?**

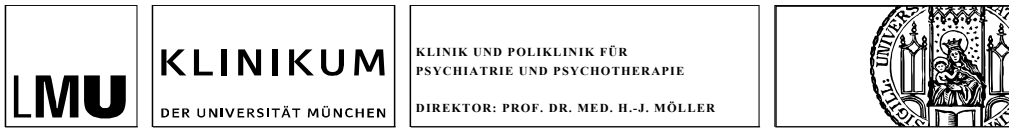
- ☐ ja
- ☐ nein

**9. Rauchen Sie, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?**

- ☐ ja
- ☐ nein

**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!**

10.4.9. Katamnese-Fragebogen: Fragebogen zum Zeitpunkt t2 und t3



# Katamnese

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**Zum Zeitpunkt der Entlassung (Quelle Posttest):**

- ☐ Reduktion (IA)
- ☐ Rauchstopp (IB)
- ☐ unverändertes Rauchverhalten (IC)

**Zeitpunkt der Befragung:**

- ☐ 3 Monate
- ☐ 6 Monate

**Diagnose in III/3 vorab eintragen (Quelle Prätest)**

**I. Fragen zum Thema Aufhören:**

**A. Reduktion**

**1. Sie haben während Ihres Klinikaufenthalts eine Reduktion Ihres Tabakkonsums begonnen. Welche Aussage trifft auf Ihr aktuelles Rauchverhalten zu?**

- ☐ Ich rauche nicht mehr.
- ☐ Ich rauche weniger, als beim Verlassen der Klinik.
- ☐ Ich rauche genauso viel, wie beim Verlassen der Klinik.
- ☐ Ich rauche mehr, als beim Verlassen der Klinik.

**2. Wenn Sie Ihren Tabakkonsum gesteigert haben, zu welchem Zeitpunkt haben Sie begonnen wieder mehr zu rauchen?**

- ☐ Sofort nach Entlassung aus der Klinik
- ☐ Nach \_\_\_\_\_ Tagen
- ☐ Nach \_\_\_\_\_ Wochen
- ☐ Nach \_\_\_\_\_ Monaten

**3. Aus welchen Gründen konnten Sie die Reduktion nicht aufrechterhalten?**

⇒ Bitte nur eine Angabe!

- ☐ Stress ( es war mir zuviel)
- ☐ Geselligkeit
- ☐ Genuss
- ☐ Langeweile
- ☐ Sucht
- ☐ Keine Motivation
- ☐ Andere

**4. Hatten Sie nach der Reduktion Rauchverlangen/Suchtdruck?**

- ☐ sehr stark
- ☐ stark
- ☐ kaum
- ☐ gar nicht

**5. Haben Sie Nikotinpräparate/Medikamente verwendet?**

- ☐ Ich habe Sie verwendet und nehme Sie zu Zeit immer noch regelmäßig.
- ☐ Ich habe Sie verwendet und nehme Sie zu Zeit noch unregelmäßig.
- ☐ Ich habe Sie \_\_\_\_\_ Tage verwendet und wieder abgesetzt.
- ☐ Nein, ich habe sie nicht verwenden.

**B. Rauchstopp**

**1. Sie haben während Ihres Klinikaufenthalts einen Rauchstopp begonnen. Haben Sie seit dem Rauchstopp wieder geraucht?**

- ☐ Nein, ich habe nicht geraucht.
- ☐ Ja, ich habe 1-5 Zigaretten geraucht.
- ☐ Ja, ich habe mehr als 5 Zigaretten geraucht.

**2. Wenn ja, wann haben Sie nach Ihrem Rauchstopp wieder geraucht?**

- ☐ Sofort nach Entlassung aus der Klinik
- ☐ Nach \_\_\_\_\_ Tagen
- ☐ Nach \_\_\_\_\_ Wochen
- ☐ Nach \_\_\_\_\_ Monaten

**3. Aus welchen Gründen konnten Sie den Stopp nicht aufrechterhalten?**

⇒ Bitte nur eine Angabe!

- ☐ Stress (es war mir zuviel)
- ☐ Geselligkeit
- ☐ Genuss
- ☐ Langeweile
- ☐ Keine Motivation
- ☐ Sucht
- ☐ Andere

**4. Hatten Sie nach dem Rauchstopp Rauchverlangen/Suchtdruck?**

- ☐ sehr stark
- ☐ stark
- ☐ kaum
- ☐ gar nicht

**5. Haben Sie Nikotinpräparate/Medikamente verwendet?**

- ☐ Ich habe Sie verwendet und nehme Sie zu Zeit immer noch regelmäßig.
- ☐ Ich habe Sie verwendet und nehme Sie zu Zeit noch unregelmäßig.
- ☐ Ich habe Sie \_\_\_\_\_ Tage verwendet und wieder abgesetzt.
- ☐ Nein, ich habe sie nicht verwendet.

**C. unverändertes Rauchverhalten**

**1. Sie haben während Ihres Klinikaufenthalts Ihr Rauchverhalten nicht verändert. Welche Aussage trifft auf Ihr aktuelles Rauchverhalten zu?**

- ☐ Ich rauche nicht mehr.
- ☐ Ich rauche weniger, als beim Verlassen der Klinik.
- ☐ Ich rauche genauso viel, wie beim Verlassen der Klinik.
- ☐ Ich rauche mehr, als beim Verlassen der Klinik.



D. Allgemeine Fragen zum Thema Aufhören (alle Patienten)

1. Welche der folgenden Aussagen trifft am ehesten auf Sie zu?

- ☐ Ich habe derzeit nicht vor, mit dem Rauchen aufzuhören
- ☐ Ich habe vor, in den nächsten 6 Monaten mit dem Rauchen aufzuhören
- ☐ Ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen mit dem Rauchen aufzuhören
- ☐ Ich rauche seit weniger als 6 Monaten nicht mehr
- ☐ Ich rauche seit über 6 Monaten nicht mehr

2. Wie motiviert sind Sie aktuell, Ihr Rauchverhalten zu verändern?

1-----2-----3-----4-----5  
 wenig sehr

3. Wie gerne wollen Sie Nichtraucher werden/bleiben?

- ☐ Sehr gern
- ☐ Eher gern
- ☐ Eher nicht
- ☐ Überhaupt nicht

4. Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in einem Monat Nichtraucher sind bzw. noch sein werden?

- ☐ sehr wahrscheinlich
- ☐ eher wahrscheinlich
- ☐ eher unwahrscheinlich
- ☐ sehr unwahrscheinlich

5. Wie hoch würden Sie Ihr Wissen über Tabakabhängigkeit/Rauchen einschätzen?

Bitte kreuzen Sie eine Zahl an.  
 1-----2-----3-----4-----5  
 sehr niedrig sehr hoch

6. Wie hoch würden Sie Ihr Wissen darüber einschätzen, wie man am besten aufhören kann zu rauchen?

Bitte kreuzen Sie eine Zahl an.  
 1-----2-----3-----4-----5  
 sehr niedrig sehr hoch

7. **Besitzen Sie Fähigkeiten/Fertigkeiten, die Ihnen das Aufhören erleichtern (z. B. Umgang mit aufkommendem Suchtverlangen)?**

1-----2-----3-----4-----5  
trifft gar nicht zu                      trifft voll zu

## **II. Fragen zum Rauchverhalten:**

(Sollte der Patient zum Zeitpunkt der Befragung Nichtraucher sein, entfallen die Fragen 2-9)

1. **Wann haben Sie zuletzt geraucht?**

- ☐ Heute
- ☐ vor Tagen
- ☐ vor Wochen
- ☐ vor Monaten

2. **Was rauchen/ konsumieren Sie hauptsächlich?**

⇒ Bitte nur eine Angabe!

- ☐ Zigaretten (fabrikfertig)
- ☐ Zigaretten (selbstgedreht)
- ☐ Zigarren/Zigarillos
- ☐ Pfeife
- ☐ Kautabak/ Schnupftabak
- ☐ Tabak & Cannabis gemischt
- ☐ gar nichts

3. **Bitte denken Sie jetzt nur an die letzten 30 Tage.  
An wie vielen dieser Tage haben Sie geraucht?**

an \_\_\_\_\_ Tagen

4. **Wie viele Zigaretten rauchen Sie an einem Tag?**

\_\_\_\_\_ Zigaretten

5. **Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?**

- ☐ Innerhalb von 5 Minuten
- ☐ Innerhalb von 6 bis 30 Minuten
- ☐ Innerhalb von 31 bis 60 Minuten
- ☐ Nach mehr als 60 Minuten
- ☐ Gar keine

6. Finden Sie es schwierig, an verbotenen Orten nicht zu rauchen?  
(z.B.: Kino, Restaurant, Flughafen,...)

☐ ja  
☐ nein

7. Welche Zigarette, würde Ihnen am schwersten fallen, aufzugeben?

☐ die erste am Morgen  
☐ andere

8. Rauchen Sie am Morgen mehr als am Rest des Tages?

☐ ja  
☐ nein

9. Rauchen Sie, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?

☐ ja  
☐ nein

### **III. Fragen zum Verlauf:**

1. Sind Sie nach der Entlassung aus unserer Klinik therapeutisch weiter betreut worden?

☐ Ja, in einer Rehabilitationsklinik (stationäre Entwöhnungstherapie)  
☐ Ja, durch meinen Hausarzt  
☐ Ja, durch eine Ambulanz  
☐ Nein

2. War die Raucherentwöhnung ein Teil des weiterführenden Therapiekonzepts?

☐ Ja  
☐ Nein

3. Sie waren vor 3/6 Monaten in unserer Klinik zur Entgiftung von

\_\_\_\_\_

**Darf ich Sie fragen, ob Sie abstinent geblieben sind?**

☐ Ja  
☐ Nein

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben. Sie haben uns damit in unserer Arbeit sehr unterstützt.

Möchten Sie, dass ich Ihnen für Fragen und Probleme die Nummer einer Raucherberatungsstelle gebe?

<u>Institut für Raucherberatung:</u>	Telefon:	<b>0800 14 18 14 1</b> (kostenfrei!)
	Mo, Di, Mi, Fr,	9:15-19:00 Uhr
	Do	9:15-20:00 Uhr
	Internet:	<a href="http://www.irt-rauchfreiwerden.de">www.irt-rauchfreiwerden.de</a>

Mit Ihrer Erlaubnis werden wir Sie in 3 Monaten noch einmal anrufen.  
Auf Wiedersehen.

Anmerkungen:

---

---

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Diagnostische Kriterien für die Abhängigkeitserkrankungen gemäß ICD-10 (Dilling et al., 2011) und DSM-IV (Saß et al., 1998)
Tabelle 2:	Items und Skalenwerte des Fagerström-Tests für Nikotinabhängigkeit (FTND)
Tabelle 3:	Überblick über Behandlungsphasen, Ziele und Interventionen zur Raucherberatung und -entwöhnung
Tabelle 4:	Gegenüberstellung der Rauchfrei-Programme <i>Kompaktversion</i> (Gradl & Kröger, 2008) und der <i>Version Akutstation</i> (Gradl & Rütger, unveröffentlicht)
Tabelle 5:	Zusammenfassung des Inhalts des Rauchfrei-Programms <i>Rethink your Smoking</i> (siehe auch Anhang 10.1.)
Tabelle 6:	Überblick über die Ergebnisinstrumente der Studie für die Patienten
Tabelle 7:	Stichprobenbeschreibung von Experimental- und Kontrollgruppe zum Zeitpunkt t0
Tabelle 8:	Mittelwerte und Standardabweichungen der Bewertung von Verständlichkeit, Sinnhaftigkeit/Gewinn und Interesse an den Inhalten der Kursstunden und Einzelberatung seitens der Patienten
Tabelle 9:	Mittelwerte und Standardabweichungen der Bewertung von Verständlichkeit, Sinnhaftigkeit/Gewinn und Interesse an den Inhalten der Kursstunden und Einzelberatung seitens der Kursleiter
Tabelle 10:	Übersicht und Zusammenfassung der Fragestellungen und dazugehörigen Ergebnisse

## Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: Das Drei-Faktoren-Modell der Abhängigkeitsentstehung nach Feuerlein (Tretter & Müller, 2001)
- Abbildung 2: Spiralprozess der Abhängigkeitsentwicklung nach Koob und Le Moal (2006) aus Schmidt und Rist (2006)
- Abbildung 3: Graphische Darstellung zur Erklärung der Entwicklung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeit nach Nestler (2000)
- Abbildung 4: Klassische und operante Konditionierungsprozesse am Beispiel des Tabakkonsums
- Abbildung 5: Studiendesign
- Abbildung 6: Fragen zum und Berechnung des Menge-Frequenz-Index (Kraus & Augustin, 2001)
- Abbildung 7: Prozentualer Anteil der durchgeführten Kursinhalte
- Abbildung 8: Umsetzbarkeit der Inhalte in den Kursstunden und der Einzelberatung in der vorgegebenen Zeit
- Abbildung 9: Stärke der Orientierung am Kursleitermanual
- Abbildung 10: Anteil der konzentriert mitarbeitenden Patienten während der Kursstunden
- Abbildung 11: Bewertung der eigenen Mitarbeit/Motivation seitens der Patienten für die Kursstunden und die Einzelberatung
- Abbildung 12: Bewertung des Vortrages „Rauchen und rauchfrei leben“ sowie der Argumente „Pro-Rauchen und Pro-Rauchfrei“ seitens der Patienten
- Abbildung 13: Bewertung der Interventionen der Einzelberatung seitens der Patienten
- Abbildung 14: Bewertung der Kursstunde 1, Kursstunde 2 und Einzelberatung insgesamt seitens der Patienten
- Abbildung 15: Bewertung der Zufriedenheit mit dem Rauchfrei-Programm seitens der Patienten bei Entlassung
- Abbildung 16: Bewertung der Mitarbeit/Motivation seitens der Kursleiter für die Kursstunden und Einzelberatung

- Abbildung 17: Bewertung des Vortrages „Rauchen und rauchfrei leben“ sowie der Argumente „Pro-Rauchen und Pro-Rauchfrei“ seitens der Kursleiter
- Abbildung 18: Bewertung der Interventionen der Einzelberatung seitens der Kursleiter
- Abbildung 19: Bewertung der Kursstunde 1, Kursstunde 2 und Einzelberatung insgesamt seitens der Kursleiter
- Abbildung 20: Prozentuale Verteilung der Stadien des *Stages of Change* - Modells
- Abbildung 21: Mittelwerte des *Stages of Change* - Modells ( $p < .05$ )
- Abbildung 22: Prozentuale Verteilung zu der Frage nach dem Aufhörwillen
- Abbildung 23: Mittelwerte zu der Frage nach dem Aufhörwillen ( $p < .05$ )
- Abbildung 24: Prozentuale Verteilung zu der Frage nach der Aufhörmotivation
- Abbildung 25: Mittelwerte zu der Frage nach der Aufhörmotivation ( $p < .05$ )
- Abbildung 26: Prozentuale Verteilung zu der Frage nach der Aufhörwahrscheinlichkeit
- Abbildung 27: Mittelwerte zu der Frage nach der Aufhörwahrscheinlichkeit ( $p < .05$ )
- Abbildung 28: Mittelwerte des Menge-Frequenz-Indexes ( $p < .05$ )
- Abbildung 29: Prozentuale Verteilung des *Fagerström Test for Nicotine Dependence*
- Abbildung 30: Mittelwerte des *Fagerström Test for Nicotine Dependence* ( $p < .05$ )

## Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
APA	<i>American Psychological Association</i>
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften
cAMP	Cyclisches Adenosinmonophosphat
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> , Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen
EG	Experimentalgruppe
et al.	et alii, et aliae
FTND	<i>Fagerström Test for Nicotine Dependence</i>
ICD-10	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i> , Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IFT	Institut für Therapieforschung
KG	Kontrollgruppe
M	Mittelwert
MFI	Menge-Frequenz-Index
N	Gesamtstichprobe
n	Teilstichprobe
NET	Nikotinersatztherapie
SD	<i>standard deviation</i> , empirische Standardabweichung
t	Messzeitpunkt
Tab.	Tabelle
TTM	Transtheoretisches Modell
WHO	<i>World Health Organization</i> , Weltgesundheitsorganisation



## Eidesstattliche Versicherung

Ruderer, Amelie

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

**Erstellung, Implementierung und Evaluation eines wissenschaftlich fundierten verhaltenstherapeutischen Therapiemanuals zur Raucherberatung und -entwöhnung bei stationären Patienten mit komorbider Suchterkrankung**

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe. Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

München, den 31.03.2017

---

Ort, Datum

---

Amelie Ruderer